|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  **2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI** | | | |
|  |  |  |  |
| **İl** | BURSA | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | 0224 295 01 32-34 | | |
|  |  |  |  |
| **2024 Yılı Diyaliz Eğitim Programı** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  | **Başvuru Tarihi** | **Eğitim Tarihi** |
| **Pratisyen Hekim (88 gün 704 saat)** | 1.Dönem | 01.02.2024-15.02.2024 | 04.03.2024 / 704 saat |
| 2.Dönem | 01.08.2024-15.08.2024 | 02.09.2024 / 704 saat |
| **Resertifikasyon Sınavı (Hekim + Hemodiyaliz Hemşireliği + Periton Diyaliz Hemşireliği)** |  | **Başvuru Tarihi** | **Sınav Tarihi/Saati** |
| 2024/1 | 01.02.2024-29.02.2024 | 14.03.2024/10:00 |
| 2024/2 | 01.04.2024-30.04.2024 | 16.05.2024/10:00 |
| 2024/3 | 01.08.2024-29.08.2024 | 19.09.2024/10:00 |
| 2024/4 | 01.10.2024-31.10.2024 | 14.11.2024/10:00 |
|  |  |  |  |
| **Eğitime başvurmak isteyenlerin;** |  |  |  |
| 1-Başvuru Dilekçesi |  |  |  |
| 2-Diyaliz Eğitim Başvuru Formu |  |  |  |
| 3-Kurum Amirince Onaylı Diploma Örnekleri | |  |  |
| 4-Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örneği | | |  |
| 5-Kurum/merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı | | |  |
| Kursiyerlerin tüm evrakları ile birlikte Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir. | | | |
|  |  |  |  |
| **Not: Özel merkezlerde ve bireysel olarak başvurularda Sağlık Bakanlığının belirlediği eğitim ücreti alınmaktadır.** | | | |
|  |  |  |  |
| **Eğitim Merkezi Sorumlusu;** |  |  |  |
| Adı Soyadı: Prof. Dr. Alparslan ERSOY |  |  |  |
| Telefon Numarası: 0 224 295 14 40 |  |  |  |
| E-mail adres: alpersoy@uludag.edu.tr |  |  |  |
| **Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi;** |  |  |  |
| Adı Soyadı: Aynur Ulusoy |  |  |  |
| E-mail adres: aynurx@gmail.com |  |  |  |