|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ EĞİTİM PROGRAMI** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **İli** | | **SAKARYA** | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | | **T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi** | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | | **Adnan Menderes Cad.Sağlık Sok. No:195 Adapazarı/SAKARYA Tel No :4445400 Dahili No :1868-1869 Fax No:02642751142** | | |
|  |  |  |  |  |
| **2018 Yılı Diyaliz Eğitim Programı** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru Tarihleri** | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer**  **Sayısı** |  |
| **1. Dönem** | **12.11.2018-26.11.2018** | **10.12.2018** | **4** |  |
| **2. Dönem** |  |  |  |  |
| **3. Dönem** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Eğitime başvurmak isteyenlerin;

* Başvuru dilekçesi
* Diyaliz Eğitim Başvuru Formu
* Kurum amirince onaylı diploma örnekleri
* Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri,
* Kurum / merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir.