**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ 2019 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** |
| 01.03.2019-20.03.2019 | 10.04.2019 |
| 23.09.2019-11.10.2019 | 23.10.2019 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SINAV YERİ** | |  | | --- | | KOÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ARA KAT TOPLANTI SALONU 1 | |
| **BAŞVURU MERKEZİ** | KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ |
| **GEREKLİ BELGELER** | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Betül KALENDER GÖNÜLLÜ

Telefon numarası: 0.262.303 85 68

**Eğitim Merkezi Diyaliz Sorumlu Hemşiresi**

Adı Soyadı: Funda ŞAHİN

Telefon numarası: 0262.303 85 50

E-posta: [fundasahin0@hotmail.com](mailto:fundasahin0@hotmail.com)