**ANKARA ŞEHİR HASTANESİ 2020 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ | KURSİYER SAYISI (Pratisyen Hekim) |
| 16.12.2018 - 30.12.2019 | 13.01.2020 | 5 |
| 06.04.2019 - 20.04.2020 | 18.05.2020 | 5 |
| 10.08.2020 - 24.08.2020 | 21.09.2020 | 5 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | Ankara Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz Ünitesi,  Üniversiteler Mahallesi 1604 cad.no:9 -06800 Bilkent /Ankara 0312 552 60 00 | |
| GEREKLİ BELGELER | 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. | |

**2020 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SINAV BAŞVURU TARİHİ | | SINAV TARİHİ |
| 02.03.2020 – 16.03.2020 | | 06.04.2020 |
| 06.07.2020 – 20.07.2020 | | 10.08.2020 |
| 02.11.2020- 16.11.2020 | | 07.12.2020 |
|  | |  |
| SINAV YERİ | Ankara Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Hemodiyaliz Ünitesi,  Üniversiteler Mahallesi 1604 cad.no:9 -06800  Bilkent /Ankara 0312 552 60 00 | |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi | |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Doç. Dr. Mine Şebnem KARAKAN

Telefon numarası: 0312 552 60 00

E-posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Sevgi AYDIN

Telefon numarası: 0312 552 60 00

E-posta Adresi: sevgiaydin35@hotmail.com