|  |
| --- |
| **BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI** |
|  |  |  |  |
| **İl** | BURSA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | 0224 295 01 32-34 |
|   |   |   |   |
| **2023 Yılı Diyaliz Eğitim Programı** |
|  |  |  |  |
| **Uzman Hekim**  |   | **Başvuru Tarihi** | **Eğitim Tarihi** |
| 1.Dönem | 01.02.2023-15.02.2023 | 06.03.2023/12.06.2023 |
| 2.Dönem | 01.08.2023-15.08.2023 | 04.09.2023/06.12.2023 |
| **Pratisyen Hekim**  | 1.Dönem | 01.02.2023-15.02.2023 | 06.03.2023/17.07.2023 |
| 2.Dönem | 01.08.2023-15.08.2023 | 29.08.2023/29.12.2023 |
| **Resertfikasyon Sınavı (Hekim+ Hemodiyaliz Hemşireliği+Periton Diyaliz Hemşireliği)** |   | **Başvuru Tarihi** | **Sınav Tarihi/Saati** |
| 2023/1 | 01.02.2023-28.02.2023 | 16.03.2023/10:00 |
| 2023/2 | 03.04.2023-28.04.2023 | 18.05.2023/10:00 |
| 2023/3 | 01.08.2023-31.08.2023 | 21.09.2023/10:00 |
| 2023/4 | 02.10.2023-31.10.2023 | 16.11.2023/10:00 |
|   |   |   |   |
| **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  |   |   |   |