**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ /ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ**

**2023 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | KOCAELİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | KOÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi  |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | İç Hastalıkları A.D/Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz Ünitesi 0.262 303 85 500.262 303 85 68 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim**  | **Başvuru tarihleri** | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** | 16.01.2023- 15.02.2023 | 01.03.2023 | 1 |
|  |  |  |  |
| **2. Dönem**  | 17.07.2023-15.08.2023 | 04.09.2023 | 1 |
|  |  |  |  |

**Eğitime başvurmak isteyenler;**

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 örnekleri

5-Kurum /Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte Diyaliz Eğitim

 Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Betül KALENDER GÖNÜLLÜ

Telefon numarası: 0.262. 303 85 50

E-posta Adresi: bkalender@hotmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Funda ŞAHİN

Telefon numarası: 0.262.303 85 50

E-posta Adresi: Fundasahin0@hotmail.com

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ**

**2023 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHİ**

|  |  |
| --- | --- |
| ***SINAV BAŞVURU TARİHİ*** | ***SINAV TARİHİ*** |
| 01.02.2023-01.03.2023 | 20.03.2023 |
| 01.05.2023-01.06.2023 | 20.06.2023 |
| 01.08.2023-01.09.2023 | 20.09.2023 |
| 01.11.2023-01.12.2023 | 20.12.2023 |
| SINAV YERİ- SINAV SAATİ  | KOÜ Araştırma ve Uygylama Hastanesi SAAT :10:00 |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri |
| 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: 0262.303.85.50

E-Posta Adresi: bkalender@hotmail.com

 **Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Funda ŞAHİN

Telefon numarası: 0262 303 8550

E-Posta Adresi: hemodiyaliz.kou@gmail.com.