**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**2024 YILI HEKİMLER ve HEMŞİRELER İÇİN DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** |
| 1.DÖNEM 01.02.2024 – 15.02.2024 | 20.03.2024 Saat:10:00 |
| 2.DÖNEM 01.05.2024 – 15.05.2024 | 26.06.2024 Saat:10:00 |
| 3.DÖNEM 01.08.2024 – 15.08.2024 | 18.09.2024 Saat:10:00 |
| 4.DÖNEM 01.11.2024 – 15.11.2024 | 05.12.2023 Saat:10:00 |
| **SINAV YERİ** | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi  Diyaliz Eğitim Merkezi SİVAS/ 0 346 258 02 23 |
| **BAŞVURU MERKEZİ** | İl Sağlık Müdürlükleri |
| **GEREKLİ BELGELER** | Resertifikasyon Başvuru Formu  Sertifika örneği (Aslı gibidir onayı)  Nüfus cüzdanı fotokopisi |

**Sivas ilinde ikamet edenler Diyaliz Eğitim Merkezine şahsen başvuracak.**

**Sivas ili dışında ikamet edenler bağlı bulundukları İl Sağlık Müdürlüklerine şahsen başvuracaklar.**

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

**Adı Soyadı :** Prof. Dr. Yener KOÇ

Telefon numarası :0 346 258 09 32 – Fax : 0 346 258 00 24

E-posta adresi **:** [**yenerkoc@cumhuriyet.edu.tr**](mailto:yenerkoc@cumhuriyet.edu.tr)

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi :**

Adı Soyadı **:** Meryem DENLİ

Telefon numarası: 0 346 258 02 21- 0 346 258 02 23

E-postaadresi **: mefa\_78@hotmail.com**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ**

**2024 YILI HEKİMLER İÇİN DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KURS BAŞVURU TARİHİ** | **KURS TARİHİ** | **KURSİYER SAYISI (PRATİSYEN HEKİM)** |
| 15-25 Ocak 2024 | 05.02.2024-12.06.2024 | 1 |
| 01-15.Mayıs 2024 | 22.07.2024-22.11.2024 | 1 |
| **DİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ**  **İLETİŞİM BİLGİLERİ (ADRES-TELEFON)** | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Eğitim Merkezi / SİVAS/ 0 346 258 02 23 |  |
| **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 Eğitim Merkezine başvurmaları gerekmektedir. |  |
|  |  |  |

**Sivas ilinde ikamet edenler Diyaliz Eğitim Merkezine şahsen başvuracak.**

**Sivas ili dışında ikamet edenler bağlı bulundukları İl Sağlık Müdürlüklerine şahsen başvuracaklar.**

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

**Adı Soyadı :** Prof. Dr. Yener KOÇ

Telefon numarası :0 346 258 09 32 – Fax : 0 346 258 00 24

E-posta adresi **:** [**yenerkoc@cumhuriyet.edu.tr**](mailto:yenerkoc@cumhuriyet.edu.tr)

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi :**

Adı Soyadı **:** Meryem DENLİ

Telefon numarası: 0 346 258 02 21- 0 346 258 02 23

E-postaadresi **: mefa\_78@hotmail.com**