|  |  |
| --- | --- |
| **RESERTİFİKASYON SINAV MERKEZİ** | ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ HEMODİYALİZ MERKEZİ |
| **SINAV YERİ**  | Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Üniversiteler Mahallesi 1604 cad. No: 9- 06800 Bilkent /Ankara  |
| **BAŞVURU MERKEZİ** | İl Sağlık Müdürlükleri |

|  |
| --- |
|  **2024 YILI RESERTİFİKASYON BAŞVURU VE SINAV TARİHLERİ** |
| **Başvuru tarihi** | **Sınav Tarihi** |
| 05/02/2024- 23/02/2024 | 08/03/2024 |
| 06/05/2024– 24/05/2024 | 08/06/2024 |
| 19/08/2024– 06/09/2024 | 20/09/2024 |
| 11/11/2024– 29/11/2024 | 13/12/2024 |
|  |  |

**Sınav için gerekli belgeler;**

1-Resertifikasyon Başvuru dilekçesi

2- Sertifika fotokopisi (Aslı gibidir onaylı)

3- Nüfus cüzdanı fotokopisi

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Fatih DEDE

**Eğitim Merkezi Hemodiyaliz Sorumlu Hemşiresi**

Adı Soyadı: Sevgi AYDIN

Telefon numarası: 0507 232 76 46

Email Adresi: sevgiaydin35@hotmail.com