**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ 2024 YILI**

**HEKİMLER İÇİN HEMODİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EĞİTİM BAŞVURU TARİHİ** | **EĞİTİM TARİHİ** | **KATILIMCI**  **SAYISI** |
| 04.03.2024 -22.03.2024 | 24.04.2024 -04.09.2024 | 5 |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi iletişim Bilgileri (adres, telefon)** | TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  KOCASİNAN MAH.BALKAN YERLEŞKESİ  MERKEZ / EDİRNE  0(284) 235 76 41 | |
| **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. | |

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ 2024 YILI**

**DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** | **SINAV SAATİ** |
| 04.03.2024-15.03.2024 | 19.04.2024 | 09.30 |
| 06.05.2024-17.05.2024 | 27.06.2024 | 09.30 |
| 05.08.2024-16.08.2024 | 13.09.2024 | 09.30 |
| 14.10.2024-25.10.2024 | 28.11.2024 | 09.30 |
| **SINAV YERİ** | Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 6.Kat Nefroloji Bilim Dalı Dersliği | |
| **BAŞVURU MERKEZİ** | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| **GEREKLI BELGELER** | -Dilekçe  -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi  -İkametgah Belgesi | |

**Diyaliz Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ

Telefon numarası:0(284) 235 76 41

E-Posta Adresi:sedatustundag@trakya.edu.tr

**Diyaliz Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Hatice MEYVA

Telefon numarası: 0(284) 235 76 41 /2002

E-Posta Adresi: haticemeyva@trakya.edu.tr

**Sekreter:**

Adı Soyadı: Ebru ONAY

Telefon numarası: 0(284) 235 76 41 /2003

E-Posta Adresi:ebruonay@trakya.edu.tr