**KONYA ŞEHİR HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | Konya |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | Konya Şehir Hastanesi Diyaliz Ünitesi |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | **Akabe Mah. Adana Çevre Yolu Cad. No:135 42020 Karatay/ KONYA**  0 (332) 310 50 00 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzman Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | **Başvuru tarihleri** | | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **1.Dönem** |  |  |  |
|  | 13.05.2024-24.05.2024 | 01.07.2024-05.11.2024 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2023 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sınav Başvuru Tarihi** | | **Sınav Tarihi** |
| 05.02.2024-16.02.2024 | | 20.03.2024 |
| 06.05.2024-16.05.2024 | | 27.06.2024 |
| 05.08.2024-16.08.2024 | | 20.09.2024 |
| 04.11.2024-15.11.2024 | | 20.12.2024 |
| **Sınav Yeri** | Konya Şehir Hastanesi | |
| **Başvuru Merkezi** | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| **Gerekli Belgeler** | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi | |

**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. İbrahim GÜNEY

Telefon numarası: 0 (332) 310 50 00-60221

E-posta Adresi: driguney@hotmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Kemal Emre KORKMAZ

Telefon numarası: 0 (332) 310 50 00-20112

E-posta Adresi: yek.kemalemre@hotmail.com