**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ |
| 13 MAYIS – 14 HAZİRAN 2024 | 22 TEMMUZ 2024 – 25 KASIM2024 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | AYDIN ADNANMENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ DİYALİZ ÜNİTESİ (256) 444 12 56 - 2020 |
| 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. |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Yavuz YENİÇERİOĞLU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 - 2020

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Aynur TOPÇU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 – 2029

**ADNAN MANDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | AYDIN |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DİYALİZ ÜNİTESİ (256) 444 12 56 - 2020 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Başvuru tarihleri** | **Başlama Tarihi** | **Bitiş Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| **Pratisyen**  | **1.Dönem** | 13 MAYIS – 14 HAZİRAN 2024 | 22.07.2024 | 25.11.2024 | 3 |

**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

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Yavuz YENİÇERİOĞLU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 - 2020

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Aynur TOPÇU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 – 2029

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| SINAV BAŞVURU TARİHİ | SINAV TARİHİ |
|  4 MART 2024 – 5 NİSAN 2024 | 30 MAYIS 2024/ Saat:10.00 |
| 3 HAZİRAN – 28 HAZİRAN 2024 | 1 AĞUSTOS 2024 / Saat:10.00 |
| 29 TEMMUZ – 30 AĞUSTOS | 31 EKİM 2024 / Saat:10.00 |
| 2 EYLÜL 2024 – 04 EKİM 2024 | 28 KASIM 2024/ Saat:10.00 |
| SINAV YERİ | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Toplantı Salonu |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu-Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)-Nüfus Cüzdanı Fotokopisi-Başvuru Dilekçesi |
|  |  |  |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Yavuz YENİÇERİOĞLU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 - 2020

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Aynur TOPÇU

Telefon numarası: (256) 444 12 56 – 2029