|  |  |
| --- | --- |
| HEKİMLER İÇİN HEMODİYALİZ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI | |
| Başvuru Tarihi | 1 Ocak 2024 – 12 Ocak 2024 |
| Eğitim Tarihi | 04 Mart 2024 - 22 Temmuz 2024 |
| Eğitim Süresi | 88 İş Günü |
| Kursiyer Sayısı | 5 Kişi |
| Eğitim Yeri | Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Diyaliz Eğitim Merkezi |
| Başvuru Merkezi | Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi  İnsan Kaynakları ve Eğitim Yönetim Birimi |
| Gerekli Belgeler | 1. Dilekçe 2. Başvuru Formu 3. Diploma Örneği (Aslı gibidir onaylı) 4. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

# Program Sorumlusu:

Adı Soyadı: Prof. Dr. Zülfükar YILMAZ

Telefon Numarası: 0 412 248 80 01

e-Posta Adresi: [sertifikasyon@dicle.edu.tr](mailto:sertifikasyon@dicle.edu.tr)

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Bahar BURAN & Cihan OKÇU

Telefon Numarası: 0 412 248 80 01 - 4348 e-Posta Adresi: [sertifikasyon@dicle.edu.tr](mailto:sertifikasyon@dicle.edu.tr)

|  |  |
| --- | --- |
| Hemodiyaliz (Hekim, Hemşire) / Perton Diyalizi (Hemşire)  Resertifikasyon Sınav Tarihleri | |
| SINAV BAŞVURU TARİHİ | SINAV TARİHİ |
| 1. Sınav: 1 Ocak – 12 Ocak 2024 | 13 Şubat 2024 |
| 2. Sınav: 11 Mart – 22 Mart 2024 | 29 Mayıs 2024 |
| 3. Sınav: 29 Temmuz – 9 Ağustos 2024 | 12 Eylül 2024 |
| 4. Sınav: 14 Ekim – 25 Ekim 2024 | 18 Aralık 2024 |
| SINAV YERİ | Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi,  Süleyman Demirel Diyaliz Eğitim Merkezi |
| BAŞVURU MERKEZİ | Diyarbakır Dicle Üniversitesi Hastanesi  İnsan Kaynakları ve Eğitim Yönetim Birimi |
| GEREKLİ BELGELER | 1. Dilekçe 2. Resertifikasyon Başvuru Formu 3. Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı) 4. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

# Program Sorumlusu:

Adı Soyadı: Prof. Dr. Zülfükar YILMAZ

Telefon Numarası: 0 412 248 80 01

e-Posta Adresi: [sertifikasyon@dicle.edu.tr](mailto:sertifikasyon@dicle.edu.tr)

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Bahar BURAN & Cihan OKÇU

Telefon Numarası: 0 412 248 80 01 - 4348 e-Posta Adresi: [sertifikasyon@dicle.edu.tr](mailto:sertifikasyon@dicle.edu.tr)