**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ / TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ**

**2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İL** | KONYA |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)** | Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi Akademi Mahallesi Yeni İstanbul Caddesi No:313Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat YerleşkesiSelçuklu/KonyaTelefon: 0(332) 2244998 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim**  | **Başvuru tarihleri** | **Başlama Tarihi** | **Bitiş Tarihi** | **Kursiyer sayısı** |
| **1.Dönem** | 11.03.2024-22.03.2024 | 15.04.2024 | 22.08.2024 | 2 |
| **2.** **Dönem** | 01.07.2024-19.07.2024 | 26.08.2024 | 27.12.2024 | 2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sınav Başvuru Tarihi** | **Sınav Tarihi** |
| 16.03.2024-26.04.2024 | 16.05.2024 |
| 16.07.2024-26.07.2024 | 16.08.2024 |
| 16.09.2024-26.09.2024 | 16.10.2024 |
| 26.11.2024-06.12.2024 | 26.12.2024 |
| **Sınav Yeri** | Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi |
| **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.Lütfullah ALTINTEPE

Telefon numarası: 0332 224 49 98

E-posta Adresi: selcuktipdiyaliz@hotmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Sevgi AKTAŞ

Telefon numarası: 0332 224 49 98

E-posta Adresi: selcuktipdiyaliz@hotmail.com