**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ ARAŞT. VE UYG. HASTANESİ HEMODİYALİZ HEKİMLİĞİ SERTİFİKA EĞİTİMİ DUYURUSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **İli** | **ISPARTA** |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | Süleyman Demirel Üniversitesi Araşt. Ve Uyg.Hastanesi |
| **Başvuru Yapılacak Alan** | Hemodiyaliz Hekimliği |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | Süleyman Demirel Üniversitesi Araşt. Ve Uyg.Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi  **FAX:** (0246)   211 28 30-32  **Tel:** 0 246 211 2915 |

Süleyman Demirel Üniversitesi Araş. ve Uyg. Hastanesi tarafından Pratisyen Hekimler için Hemodiyaliz Sertifika Eğitim Programı düzenlenecektir

**2019 HEMODİYALİZ HEKİMLİĞİ SERTİFİKA EĞİTİMİ PROGRAMI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pratisyen Hekim** | | | | | |
| **Başvuru Başlangıç Tarihi** | **Başvuru Bitiş Tarihi** | **Eğitim Başlangıç Tarihi** | **Eğitim Bitiş Tarihi** | **Sınav Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |
| 10.06.2019 | 10.07.2019 | 29.07.2019 | 04.12.2019 | 13.12.2019 | 1 |

**DİYALİZ  EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU EVRAKLARI**

• 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

**Eğitim Merkezi Sorumlusu**

**Adı-Soyadı:** Prof.Dr. Barış AFŞAR

**Eğitim Merkezi Diyaliz Sorumlu Hemşiresi**

**Adı-Soyadı:** Ayfer ERŞAHİN

**Telefon:** 0 246 2112887

**Sorumlu Hemşire mail :** ayferersahin@sdu.edu.tr