**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ**

**2020 YILI DİYALİZ EĞİTİM TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ |
| 1. Dönem : 06.01.2020-17.01.2020 | 10. 02. 2020 |
| 2.Dönem : 06.07.2020-27.07.2020 | 10.08.2020 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | İç Hastalıkları A.D/Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz Ünitesi  0.262 303 85 50 / 0.262 303 85 68 |
| 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. |

**2020 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SINAV BAŞVURU TARİHİ | | SINAV TARİHİ |
| 16.03. 2020 -06.04.2020 | | 15.04.2020 |
| 05.10.2020-.26.10.2020 | | 04.11.2020 |
| SINAV YERİ | Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi | |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi | |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: Prof. Dr. Betül KALENDER GÖNÜLLÜ

Telefon numarası: 0262 303 85 50

E-Posta Adresi: bkalender@hotmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: Funda ŞAHİN

Telefon numarası: 0555 315 88 04

E-Posta Adresi: Fundasahin0@hotmail.com