**S.B.Ü ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**2020 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KURS BAŞVURU TARİHİ | KURS TARİHİ | KURSİYER SAYISI (Pratisyen Hekim) |
| 2 – 31 ARALIK 2019 | 02.01.2020 | 3 |
| 1 -30 NİSAN 2020 | 04.05.2020 | 3 |
| 3 -31 AĞUSTOS 2020 | 07.09.2020 | 3 |
| Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon) | S.B.Ü Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi A blok 2.Kat Diyaliz Ünitesi  03125953307-05 | |
| 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 |
| 10.02.2020 -10.03.2020 | | 27.03.2020 |
| 10.08.2020 -10.09.2020 | | 25.09.2020 |
|  | |  |
| SINAV YERİ | S.B.Ü ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ | |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri | |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu  -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)  -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi | |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı: DOÇ.DR. MURAT DURANAY

Telefon numarası: 03125953307

E-posta Adresi:

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı: ÖZLEM ŞAHİN

Telefon numarası: 03125953305

E-posta Adresi: nazanfcelik@hotmail.com