|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DİYALİZ EĞİTİM MERKEZİ EĞİTİM PROGRAMI** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **İli** | | **ANTALYA** | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı** | | **AKDENİZ ÜNİ.TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ** | | |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri** | | **02422496751-6431-6477** | | |
|  |  |  |  |  |
| **2018 Yılı Diyaliz Eğitim Programı** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Pratisyen Hekim** |  | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** |  |
|  | **1. Dönem** | **2 OCAK 2018** | **2** |  |
|  | **2. Dönem** | **2 MAYIS 2018** | **2** |  |
|  | **3. Dönem** | **3 EYLÜL 2018** | **2** |  |
| **Hemşire** |  | **Başlama Tarihi** | **Kursiyer Sayısı** | **Periton Hemşire** |
|  | **1. Dönem** | **2 OCAK 2018** | **5** | **1** |
|  | **2. Dönem** | **2 MAYIS 2018** | **5** | **1** |
|  | **3. Dönem** | **3 EYLÜL 2018** | **5** | **1** |
|  |  |  |  |  |

Eğitime başvurmak isteyenlerin;

* 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 Diyaliz Eğitim Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

|  |  |
| --- | --- |
| Eğitim Merkezi Sorumlusu: |  |
| Adı Soyadı:Prof Dr. F.Fevzi ERSOY |  |
| Cep Telefon Numarası:05324231765 |  |
| Faks Numarası02422496040 |  |
| E-mail Adresi:ersoy@akdeniz.edu.tr |  |
|  |  |
| Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi: | |
| Adı Soyadı:Ayşe Dudu SOLAK |  |
| Cep Telefon Numarası:05356946947 |  |
| Faks Numarası:02422496040 |  |
| E-mail Adresi:aysesolak@akdeniz.edu.tr |  |

**Not: Formun eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.**