**** T.C. **EK-8b**

……………….. VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

### EĞİTİM SALONU DENETİM FORMU

**Denetlenen Merkezin Tarih :**

**Adı : Saat :**

**Adresi :**

**İlkyardım Eğitimi: İlkyardım Eğitici Eğitimi**

**Eğitim yapılacak adres:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖNGÖRÜLEN DÜZENLEME** | | **EVET** | **HAYIR** |
| **1** | Merkezin, eğitimler için anlaşma yaptığı eğitim salonu  uygun mu? |  |  |
|  | a) Eğitim salonu katılımcı sayısına uygun büyüklükte mi? |  |  |
|  | b) Masa “U” düzeninde hazırlanmış mı? |  |  |
|  | c) Uygulama için alan ayrılmış mı? |  |  |
|  | d) Eğitmen masası var mı? |  |  |
|  | e) Lavabo – WC var mı? |  |  |
|  | f) Katılımcı dinlenme alanı var mı? |  |  |
|  | g) Havalandırma sistemi çalışıyor mu? |  |  |
| **2** | Asgari ilkyardım araç - gereçleri var mı? \* |  |  |

N**ot :**Eğitimin düzenlenebilmesi için tüm maddelere evet yanıtı verilmesi gereklidir.

Uygun bulunan başvuruların, eğitim sırasındaki denetimleri; EK-8a ile yapılır.

\*Asgari ilkyardım araç-gereçleri için EK-5 kullanılır.

**Denetçi Denetçi Mesul Müdür**