

**OSMANİYE DEVLET HASTANESİ
AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ
SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI
İLAN METNİ**

Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı 14/01/2019-12/02/2019 tarihleri arasında Osmaniye Devlet Hastanesinde düzenlenecektir. Programa ameliyathanede en az 2 (iki) yıl çalışan hemşire,ebe (hemşirelik yetkisi almış) ve sağlık memuru (toplum sağlığı) katılabilecektir.

Başvuru yapmak isteyenlerin 10/12/2018-21/12/2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığında tescilli ünvanı ile ilgili diploma fotokopisi,kimlik fotokopisi,ameliyathanede çalıştığını gösterir kurumdan onaylı belge,hemşire yetki belgesi (ebeler için) ve ekte bulunan başvuru formunu doldurduktan sonra Başhekim ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatarak Hastanemize resmi yazı ile başvuru yapmaları gerekmektedir.

Program Sorumlusu: Ülkü Daban ABLAY (Hemşire)

E-Posta: ulkum_80@hotmail.com

Telefon:0328 826 12 00 (3407-3417)

Faks:0328 826 12 19

Adres: D-400 Karayolu üzeri- Akyar Mevkii-Merkez / OSMANİYE



.....SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

EĞİTİM MERKEZİNİN ADI :

PROGRAM TARİHİ :

BAŞVURUDA BULUNAN PERSONELE AİT BİLGİLER

ADI SOYADI	
TC NO	
DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)	
SİCİL NO	
ÜNVANI*	
ÖĞRENİM DURUMU	
ÇALIŞTIĞI SAĞLIK TESİSİ	
ÇALIŞTIĞI ÜNİTENİN ADI	
ÇALIŞTIĞI ÜNİTEDE ÇALIŞMA SÜRESİ	
İLETİŞİM BİLGİSİ	
DAHA ÖNCE ALMIŞ OLDUĞU SERTİFİKALAR (VARSA)	
DAHA ÖNCEKİ ALINAN SERTİFİKALARIN TESCİL TARİHİ	
DAHA ÖNCEKİ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMINA BAŞVURU SAYISI	

* (Kişinin ünvanı açık yazılacak, hemşirelik yetkisi almış olan ebeler mutlaka belirtilecek)

SAĞLIK TESİSİNE AİT BİLGİLER

İLGİLİ ÜNİTEDE YATAK SAYISI/VAKA SAYISI VEYA SIKLIĞI:

İLGİLİ ÜNİTEDE ÇALIŞAN TOPLAM PERSONEL SAYISI:

SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMINA İLİŞKİN SERTİFİKASI BULUNAN PERSONEL SAYISI:

Aynı anda başka bir eğitim merkezine başvurulmaması gerektiğinden, söz konusu eğitim programı tarihleri arasında düzenlenecek sertifikalı eğitim programı için başka bir eğitim merkezine başvuru yapmadığımı taahhüt ederim. Aksinin tespiti halinde herhangi bir hak iddia etmeyeceğim.

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.

ADI SOYADI:

İMZA:

UYGUNDUR

MÜRACAATI ALAN
İlgili Amir

ONAY
Hastane Yöneticisi/Başhekim