



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkez
Müdürlüğü

Sayı : E-99183786-774.99-291062
Konu : Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika
Eğitim Programı Hk.(5046)

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun 03/02/2017 tarih ve 41304669-774.99-608 sayılı olur yazısı ile Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitim Merkezi yetkisi almış bulunmaktayız.

Kurumumuz tarafından yapılacak olan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitim Programı'nın 06/05/2024 tarihinde başlaması planlanmaktadır. Kurs süresi 06/05/2024-14/06/2024 tarihleri arasında kapsamaktadır.

Başvuru tarihleri 19/02/2024-01/03/2024 arasındadır. Kurs Program Sorumlu hemşiresinin iletişim bilgileri aşağıda sunulmuştur.

Gereğini arz/rica ederim.

Kurs Program Sorumlu Hemşiresi: Sevda Ünlü

e-posta: adnhemsireybakim@baskent.edu.tr

tlf: 541 694 93 30

(müracaat tarihi: 19/02/2024-01/03/2024) (kurs süresi: 06/05/2024-14/06/2024)

IBAN: (Garanti-TR05 0006 2000 0010 0006 2903 00)

Prof. Dr. Birol ÖZER
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSNBJ3Y940

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

Dadaloğlu Mah. 2591 Sk. No:4/A Yüreğir ADANA

Telefon No:0322 327 27 27 Faks No:0322 327 12 74

e-Posta:adanabaskent@baskent.edu.tr İnternet Adresi:<http://adana.baskenthastaneleri.com>

Kep Adresi:adanabaskent@hs03.kep.tr

Bilgi için: Özden TAŞ
Memur





T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

.....SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

EĞİTİM MERKEZİNİN ADI :

PROGRAM TARİHİ :

BAŞVURU SAHİBİNİN BİLGİLERİ

ADI SOYADI

T.C. KİMLİK NO

DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)

.../.../...

SİCİL NO

UNVANI (Hemşirelik yetkisi almış olan ebeler mutlaka belirtilecek)

ÖĞRENİM DURUMU

GÖREV YAPTIĞI HASTANE

GÖREV YAPTIĞI BİRİM

BİRİMDE ÇALIŞMA SÜRESİ

İLETİŞİM BİLGİSİ

Cep :

E-Posta:

SERTİFİKALARI (VARSA)

1-

2-

SERTİFİKA TESCİL TARİHLERİ

1-

2-

AYNI PROGRAMA ÖNCEKİ BAŞVURU SAYISI

HASTANE BİLGİLERİ (İlgili Yönetici tarafından doldurulacaktır)

GÖREV YAPTIĞI BİRİMDEKİ YATAK SAYISI/VAKA SAYISI (YILLIK)

...../.....

BİRİMDE AYNI UNVANDA ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI:

HASTANE/BİRİMDE AYNI PROGRAMA AİT SERTİFİKALI PERSONEL

SAYISI:

...../.....

Aynı anda aynı programda başka bir eğitim programına/merkezine başvurulamaz.

Söz konusu eğitim programı tarihlerinde 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

.../.../20..

İlgili Müdür (İmza)

Başhekim (İmza)