

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU**EĞİTİM MERKEZİNİN ADI :** KSÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**PROGRAM TARİHİ :** 22.11.2021 - 31.12.2021**BAŞVURUDA BULUNAN PERSONELE AİT BİLGİLER**

ADI SOYADI

T.C. KİMLİK NO

DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)

...../...../.....

SİCİL NO

ÜNVANI (Hemşirelik yetkisi almış olan ebeler mutlaka belirtilecek)

ÖĞRENİM DURUMU

GÖREV YAPTIĞI HASTANE

GÖREV YAPTIĞI BİRİM

BİRİMDE ÇALIŞMA SÜRESİ

İLETİŞİM BİLGİSİ

Cep :

E-Posta :

SERTİFİKALAR (VARSA)

1-

2-

SERTİFİKALARIN TESCİL TARİHİ

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 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