|  |  |
| --- | --- |
| **YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ 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 ÜNİTEDEYATAK 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 | ONAY |
| İlgili Amir | Hastane Yöneticisi/Başhekim |