KS ÜNİVERSİTESİ/SUA HASTANESİ 2026 YILI RESERTİFİKASYON SINAV PROGRAMI

RESERTİFİKASYON SINAV MERKEZİ	KSÜ SUA HASTANESİ DİYALİZ MERKEZİ
BAŞVURU YAPILACAK ALANLAR	Hemodiyaliz Hekimliği, Hemodiyaliz Uzman Hekimliği, Hemodiyaliz Hemşireliği, Periton Diyaliz Hemşireliği
SINAV YERİ İLETİŞİM BİLGİLERİ	Avşar Mah. Batı çevre yolu Bulvarı 251/A Onikişubat/ K.Maraş 0344 300 35 77

2026 Yılı Resetifikasyon Başvuru ve Sınav Tarihleri		
Başvuru Tarihi	**Sınav Tarihi**	**Sınav saati:**
02-06 Mart 2026	**26 Mart 2026**	**10:00**
04-08 Mayıs 2026	**02 Haziran 2026**	**10:00**
07-11 Eylül 2026	**24 Eylül 2026**	**10:00**
09-13 Kasım 2026	**26 Kasım 2026**	**10:00**

Sınav için gerekli belgeler;

1-Resertifikasyon Başvuru dilekçesi

2- Sertifika fotokopisi (Aslı gibidir onaylı)

3- Nüfus cüzdanı fotokopisi ile birlikte İl Sağlık Müdürlüklerine başvurmaları gerekmektedir.

Eğitim Merkezi Sorumlusu:

Adı Soyadı: Prof.Dr.Orçun ALTUNÖREN

Telefon numarası: 0532 694 65 17

E-Posta Adresi: orcunaltunoren@hotmail.com

Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:

Adı Soyadı: Betül ÇAKMAK

Telefon numarası: 0536 546 08 06

E-Posta Adresi: betul_2107@hotmail.com

K.MARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SUA HASTANESİ
2026 YILI DİYALİZ EĞİTİM TARİHLERİ

KURS BAŞVURU TARİHİ	KURS TARİHİ
I. Dönem (09 - 27 Şubat 2026)	Pratisyen Hekim:23.03.2026 - 03.08.2026
II.Dönem (08- 26 Haziran 2026)	Pratisyen Hekim:10.08.2026 - 11.12.2026
Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)	Avşar Mah. Batı çevre yolu Bulvarı 251/A Onikişubat/K.Maraş Tlf: 0344 300 35 77
GEREKLİ BELGELER	Başvuru dilekçesi, Diyaliz Eğitim Başvuru Formu, Kurum amirince onaylı diploma örnekleri, Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri, Kurum / Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir. Uzman Hekimler başvurularını kendi İllerindeki İl Sağlık Müdürlüklerine yapmaları gerekmektedir.

2026 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ

SINAV BAŞVURU TARİHİ	SINAV TARİHİ	SINAV SAATİ:
02-06 Mart 2026	26 Mart 2026	10:00
04-08 Mayıs 2026	02 Haziran 2026	10:00
07 -11 Eylül 2026	24 Eylül 2026	10:00
09-13 Kasım 2026	26 Kasım 2026	10:00
SINAV YERİ	KSÜ SUA HASTANESİ DİYALİZ MERKEZİ	
BAŞVURU MERKEZİ	İl Sağlık Müdürlükleri	
GEREKLİ BELGELER	-Resertifikasyon Başvuru Formu -Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı) -Nüfus Cüzdanı Fotokopisi	

Eğitim Merkezi Sorumlusu:
Adı Soyadı: Prof.Dr.Orçun ALTUNÖREN
Telefon numarası:0532 694 65 17

E-Posta Adresi: orcunaltunoren@hotmail.com

Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:
Adı Soyadı: Betül ÇAKMAK
Telefon numarası: 0536 546 08 06
E-Posta Adresi: betul_2107@hotmail.com

K.MARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ / SUA HASTANESİ

2026 YILI DİYALİZ EĞİTİM PROGRAMI

İL	K.MARAŞ
Diyaliz Eğitim Merkezinin Adı	KSÜ SUA HASTANESİ DİYALİZ MERKEZİ
Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (adres, telefon)	Avşar Mah. Batı çevre yolu Bulvarı 251/A Onikişubat/K.Maraş Tlf= 0344 300 35 77

	Başvuru tarihleri		**Başlama Tarihi**	**Bitiş Tarihi**	**Kursiyer Sayısı**
Pratisyen Hekim	**1.Dönem**	09-27 Şubat 2026	23 Mart 2026	03 Ağustos 2026	3
	2.Dönem	08- 26 Haziran 2026	10 Ağustos 2026	11 Aralık 2026	3

Eğitime başvurmak isteyenler;

1-Başvuru dilekçesi

2-Diyaliz Eğitim Başvuru Formu

3-Kurum amirince onaylı diploma örnekleri

4-Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri

5-Kurum /Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte Diyaliz Eğitim

Merkezine başvurmaları gerekmektedir.

Eğitim Merkezi Sorumlusu:

Adı Soyadı: Prof.Dr.Orçun ALTUNÖREN

Telefon numarası: 0532 694 65 17

E-posta Adresi: orcunaltunoren@hotmail.com

Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:

Adı Soyadı: Betül ÇAKMAK

Telefon numarası: : 0536 546 08 06

E-posta Adresi: betul_2107@hotmail.com