

DİYALİZ EĞİTİMİ BAŞVURUSU UYGUN GÖRÜLEN PERSONEL LİSTESİ

SIRA NO	T.C. NO	ADI SOYADI	GÖREVİ	KURUMU	STATÜSÜ	BAŞVURDUĞU EĞİTİM BRANŞI	EĞİTİM BAŞLANGIÇ- BİTİŞ TARİHİ
1	66607102288	AHMET KAMBURUĞLU	PRATİSYEN HEKİM	VEZİRKÖPRÜ DEVLET HASTANESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-12.09.2018
2	31384150050	CANAN KULOĞLU	PRATİSYEN HEKİM	ÇORUM OSMANCIK DEVLET HASTANESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-12.09.2018
3	22007581184	HAVVANUR KESKİN	HEMŞİRE	İSKİLİP ATIF HOCA DEVLET HASTANESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-25.07.2018
4	52384430010	ERHAN ASLAN	HEMŞİRE	KORGAN DEVLET HASTANESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-25.07.2018
5	45025822930	DERYA ŞAHİN	HEMŞİRE	19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-25.07.2018
6	30598641668	AYFER ÖNER	HEMŞİRE	19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	KADROLU	HEMODİYALİZ	02.05.2018-25.07.2018
7	28850360990	KİBRIYA GÜDÜR	HEMŞİRE	19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	KADROLU	PERİTON DİYALİZİ	02.05.2018-25.07.2018
8	26411442802	FATMA COŞKUN	HEMŞİRE	19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	KADROLU	PERİTON DİYALİZİ	02.05.2018-25.07.2018
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

Not: Statüsü Bölümüne 4/B, 4924, Kadrolu, Üniversite Personeli, Özel Merkez Çalışanı ve Serbest Personel seçeneklerinden biri yazılacaktır.

Görevi kısmına personelin ünvanı yazılacak (Pratisyen Hekim, Hemşire, Sağlık Memuru)

Başvurduğu Eğitim Branşı kısmına Hemodiyaliz veya Periton Diyalizi Eğitimi yazılması gerekmektedir.

Formu Düzenleyen Personelin:

Adı Soyadı :

Görevi :

İmza :

Eğitim Sorumlu Hemşiresi

Adı Soyadı :

İmza :

Çirke Uzun
Uzun

Eğitim Sorumlusu

Adı Soyadı :

İmza :

OMU TIP FAKÜLTESİ
Prof. Dr. NURHARİK
İç Hast. ve Nefroloji Uzmanı
Dip. No : 83A003
Tarih : 02.05.2018