



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

EĞİTİM MERKEZİNİN ADI : PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ

PROGRAM TARİHİ : 18 KASIM 2024- 27 ARALIK 2024

BAŞVURU TARİHİ : 16 EYLÜL 2024- 27 EYLÜL 2024

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)

Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 17.09.2024-784405

--	--

Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastaneleri Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı

Pamukkale Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastaneleri tarafından 18 Kasım - 27 Aralık 2024 tarihleri arasında Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenecektir. Bahse konu sertifikalı eğitim programının başvuruları 16-27 Eylül 2024 tarihleri arasında alınacak olup başvuru yapmak isteyen katılımcılar aşağıda bilgileri yer alan iletişim adresi ile iletişime geçebilirler.

BAŞVURU BELGELERİ

1. Başvuru formuna ulaşmak için [tıklayınız](#).
2. Çalıştığı kurumdan alınan görev belgesi(Görev Belgesi;Yoğun bakımda çalıştığı yada çalıştırılması planlanan belge olarak düzenlenmelidir.)

ÖNEMLİ NOT:

**ALINAN ÇALIŞMA BELGESİNDE” İSİMLİ KİŞİ
.....TARİHİNDEN İTİBAREN KURUMUMUZDA HEMŞİRE
OLARAK ÇALIŞMAKTADIR. İLGİLİ KİŞİ TARİHİNDEN
İTİBAREN(.....) YOĞUN BAKIM ALANINDA
GÖREVLENDİRİLMİŞ OLUP HALEN(.....) YOĞUN BAKIM
ÜNİTESİNDE ÇALIŞMAKTADIR/GÖREVLENDİRİLMESİ PLANLANMAKTADIR
.” METNİ YAZILARAK BAŞHEKİMLİK İMZASI İLE GÖNDERİLMESİ
GEREKMEKTEDİR.**

3. Ünvanı ile ilgili Diploma yada Mezuniyet Belgesi fotokopisi (ASLI GİBİDİR Onaylı)
Diplomaların Sağlık Bakanlığı Tescili bulunmalıdır.
4. Nüfus Cüzdanı Fotokopisi(ASLI GİBİDİR Onaylı)
5. Hemşire yetkili EBE ise Yetki Belgesi ya da Görev yaptığı hastanenin “HEMŞİRE
YETKİLİ EBE” olduğunu gösteren yazısı

NOT: Başvuru yapmak isteyen katılımcılar başvuru formunu doldurarak diğer evraklarla birlikte vakyol@pau.edu.tr mail adresine gönderebilir ya da elden bizzat teslim edebilirler.

Program Sorumlusu: DEMET EKİCİ

İletişim : VECİYE AKYOL

Tel: 0(258) 296 60 00 Dahili:5905

Tel: 0505 644 61 12

E-posta: vakyol@pau.edu.tr

Eğitim Ücreti

Programa Özel Hastaneler ve Vakıf Hastanelerinden başvuru yapan personellerin, Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı kursiyeri olarak seçilmeleri halinde **54,467,760TL** (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 21.07.2024 tarihli ve E-99910406-799-248407011 sayılı Makam oluruna uygun görülen program ücretidir) eğitim ücreti ve kursiyerin eğitim programını başarı ile tamamlaması halinde **1541 TL** (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 28.12.2023 tarihli ve E-19902653-841.01.01-232429107 Makam Onayında uygun görülen sertifika bedelidir) sertifika bedelinin Hastanemizin aşığıda belirtilen hesabına yatırılması gerekmektedir.

Eğitim Ücreti Yatırılacak:

Hesap sahibi: Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Hesap No: 06000229

IBAN : TR57 0001 2001 4630 0006 0002 29

NOT: Açıklama bölümüne Kişi TC ve Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Olduđu belirtilmelidir.