



SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

EĞİTİM MERKEZİNİN ADI :

PROGRAM TARİHİ :

BAŞVURUDA BULUNAN PERSONELE AİT BİLGİLER

ADI SOYADI

TC NO

DOĞUM TARİHİ (GÜN/AY/YIL)

SICİL NO

ÜNVANI*

ÖĞRENİM DURUMU

ÇALIŞTIĞI SAĞLIK TESİSİ

ÇALIŞTIĞI ÜNİTENİN ADI

ÇALIŞTIĞI ÜNİTEDE ÇALIŞMA SÜRESİ

İLETİŞİM BİLGİSİ

DAHA ÖNCE ALMIŞ OLDUĞU SERTİFİKALAR (VARSA)

DAHA ÖNCE ALINAN SERTİFİKALARIN TESCİL TARİHİ

DAHA ÖNCEKİ SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMINA BAŞVURU SAYISI

* (Kişinin Ünvanı açık yazılacak, hemşirelik yetkisi almış olan abeler mutlaka belirtilecek)

SAĞLIK TESİSİNE AİT BİLGİLER

İLGİLİ ÜNİTEDE YATAK 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
İlgili Amir

ONAY
Hastane Yöneticisi/Başhekim