T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ HİZMET İÇİ EĞİTİM BAŞVURU FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| Kişi Tarafından Doldurulacaktır. | |
| Adı Soyadı |  |
| Ünvanı / Branşı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Uzmanlığını Aldığı Kurum |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Çalıştığı Sağlık Tesisi |  |
| Memuriyete Başlama Tarihi |  |
| Uzman Olarak Çalışma Süresi | …….yıl ……..ay |
| Bulunduğu Sağlık Tesisinde Çalışma Süresi | ……..yıl ……..ay |
| İletişim Adresi | Tel: |
| TAAHHÜTNAME Eğitim sonrası sağlık tesisinde en az bir yıl süre ile çalışacağıma taahhüt ederim. İmza: Tarih: | |
| Kurum Tarafından Doldurulacaktır |  |
| Eğitim Konusu (İçeriği) |  |
| Eğitim Süresi |  |
| Eğitimin Tarihi (Başlayış-Bitiş Tarihi) |  |
| Eğitim Almak İstenilen Kurum |  |
| Daha Önce Alınan Hizmet İçi Eğitimler (Konusu, Tarihi ve Süresi) |  |
| Çalıştığı Sağlık Tesisinde Talep Edilen Eğitimi Alan Uzman Tabip Sayısı |  |
| Çalıştığı Sağlık Tesisinde Aynı Branşta Bulunan Uzman Tabip Sayısı ve Hizmette Aksama Durumu |  |
| Eğitim Sonrası Eğitimi Uygulayabileceği Gerekli Altyapının (araç-gereç) Durumu |  |
| Sağlık Tesisinde Eğitim Talep Edilen Konuya İlişkin Bir Ayda Karşılaşılan Vaka Sayısı |  |
| Hastane Yöneticisi İmzası/Mühür/Kaşe |  |
| İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR | |
| Devlet Hizmet Yükümlülüğü Durumu, Mecburi Hizmete Başlama Tarihi ve Kalan Süresi |  |
| İstihdam Şekli (657 DMK, 4924 S.K) |  |
| UYGUNDUR | |