

EK-3 EĞİTİM BAŞVURU FORMU

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Sicil No	
Kadro Unvanı	<input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Ebe (Hemşirelik yetkisi almış)
Göreviyle İlgili Bitirdiği En Son Bitirdiği Okul * Diploma fotokopisi eklemek zorunludur.	
Meslekte Toplam Çalışma Süresiyılay
Enfeksiyon Kontrol (EK) Hemşiresi Olarak Çalıştığı Süreyılay
EK Hemşireliği Sertifikasyon Programına Başvuru Sayısı	
Temel Bilgisayar Kullanım Bilgisi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Tel	
E-posta	
Görev Yaptığı Kurum Adı	
Görev Yaptığı Kurum Tipi	<input type="checkbox"/> SB Devlet H <input type="checkbox"/> SB Eğitim ve Araştırma H <input type="checkbox"/> Üniversite H <input type="checkbox"/> Özel H
Kurum Fiili Yatak Sayısı:	
Son 1 Yıllık Kurum Yatak Doluluk Oranı:	
Kurumda EK Hemşireliği Sertifikasyon Programına Katılan EK Hemşiresi Sayısı	
Kurumda Sertifikalı/Sertifika Almaya Hak Kazanmış EK Hemşiresi Sayısı	
Eğitimin Uygulandığı İl Tercih: (Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Edirne, Samsun, Kayseri, Sakarya, Denizli, Konya, Zonguldak, Trabzon, Kahramanmaraş, Eskişehir, İzmir, İstanbul, Kocaeli)	1. Tercih : _____ 2. Tercih : _____ 3. Tercih : _____

TAAHHÜTNAME

Eğitim sonrası enfeksiyon kontrol komitesinde beş yıl çalışacağımı taahhüt ederim.

Tarih/İmza

Adı geçen katılımcı kurumumuzdatarihinden itibaren Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi olarak görev yapmaktadır/ yapacaktır.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi Başkanı
İmza

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
Ad-Soyad / İmza

Ad-Soyad/

Kurum Yöneticisi
Ad-Soyad/ İmza

* Başvuru formunda boş bırakılan bölüm olduğu ve diploma fotokopisi eklenmediği takdirde başvurular kabul edilmeyecektir.