**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLARI İÇİN NEONATOLOJİ GÜNCELLEME KURSU**

**Başvuru Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı-soyadı:** |  |
| **E-posta adresi:** |  |
| **Telefon no:** | Cep:  |
| **Mezun olduğu fakülte/Yıl:** |  |
| **Pediatri uzmanlığı aldığı merkez/Yıl:** |  |
|  **Şu andaki görev yeri:** | ( ) Kamu ( ) Özel |
| **Şu andaki görevli olduğu kurumun adı, ili ve kurumdaki görev süresi:** |  |
| **Hastanede çalıştığı birim (yenidoğan servisi, poliklinik, acil, gece nöbeti vs):** |  |
| **Kursa katılma amacınız/beklentiniz nedir?** |  |
| **Mevcut yenidoğan bilgilerinizi 1 ile 10 arasında değerlendiriniz.** |  |
| **Mecburi hizmet yükümlülük tarihleriniz:** | Başlangıç Tarihi: Devam ediyorBitiş Tarihi: |
| **NRP eğitimi aldınız mı?** | ( ) Hayır( ) Evet ise Tarih:  |
| **Emzirme danışmanlığı eğitimi aldınız mı?** | ( ) Hayır( ) Evet ise Tarih/Yer: |
| **Çalıştığınız hastanede yenidoğan ünitesi var mı?** | ( ) Yok( ) Var Tescil Düzeyi: Yatak Sayısı:(Tescil düzeyi ve yatak sayıları ayrı yazılacak) |
| **Hastanenizde yenidoğan uzmanı var mı?** | ( ) Yok( ) Var Sayısı:  Adı Soyadı: Tel No: |
| **Yenidoğan servisinizde görevli doktor sayısı kaçtır?** | Pediatri Uzmanı:Pratisyen Hekim:  |
| **Yenidoğan ünitesinde mi çalışıyorsunuz?** | ( ) Hayır( ) Evet Süre:  |
| **Kurs tamamladıktan sonra (teorik-pratik) çalışmayı düşündüğünüz kurum ve birim:** |  |
| **Kurum Onayı****(Başhekim)**Kurum onayı mutlaka alınmalıdır. | Adı Soyadı: Tel :  İmza |