**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 ediyor  Bitiş 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 |