**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLARI İÇİN**

**ÇOCUK ACİL KURSU**

**Başvuru Formu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **E-Posta adresi**(Tüm bilgilendirmeler için) |  |
| **Telefon No:** |  Cep:  |
| **Mezun Olduğu Fakülte /Yıl** |  |
| **İhtisas Aldığı Merkez/Yıl** |  |
| **Görev Yeri**  |   ( ) Kamu ( ) Özel |
| **Görevli olduğunuz Kurum Adı, görev süresi ve İli** |  |
| **Mecburi Hizmet Yükümlülüğünüz var mı?** |   ( ) Var ise ( ) YokBaşlangıç Tarihi:Bitiş Tarihi: |
| **Çalıştığınız Hastane de Çocuk Acil Ünitesi var mı?** |   ( ) Var ( ) YokTescil Düzeyi: Yatak Sayısı: (Tescil düzeyi ve yatak sayıları ayrı yazılacak) |
| **Hastanenizin Çocuk Acil Uzmanı var mı?** |  ( ) Var ( ) Yok |
| **Hastaneniz Çocuk Servisinde görevli Uzman Doktor Sayısı nedir?** |  Pediatri Uzmanı: |
| **Çocuk Acil Ünitesinde mi çalışıyorsunuz.** |  ( ) Evet ( ) Hayır |
| **Kurum onayı****Başhekim** | Adı Soyadıİmza |