**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 ( ) Yok  Başlangıç Tarihi:  Bitiş Tarihi: |
| **Çalıştığınız Hastane de Çocuk Acil Ünitesi var mı?** | ( ) Var ( ) Yok  Tescil 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 Soyadı  İmza |