

TC. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ HİZMET İÇİ  
EĞİTİM BAŞVURU FORMU

Kişi Tarafından Doldurulacaktır	
Adı Soyadı	
Unvanı / Branşı	
T.C Kimlik No	
Uzmanlığını Aldığı Kurum	
Doğum Tarihi	
Çalıştığı Sağlık Tesis	
Memuriyete Başlama Tarihi	
Uzman Olarak Çalışma Süresi	..... yıl ..... ay
Bulunduğu Sağlık Tesisinde Çalışma Süresi	... ..... yıl ..... ay
İletişim Adresi	Tel:
TAAHHÜTNAME Eğitim sonrası sağlık tesisinin bağlı olduğu birlikte en az bir yıl süre ile çalışacağımı taahhüt ederim. imza: Tarih:	
Kurum Tarafından Doldurulacaktır	
Eğitimin Konusu (içeriği)	
Eğitimin Süresi	
Eğitimin Tarihi (Baslavıs -BitisTarihi")	
Eğilim Almak İstenilen Kurum	
Daha Önce Alınan Hizmet İçi Eğitimler (Konusu, Tarihi ve Süresi)	
Çalıştığı Sağlık Tesisinde Talep Edilen Eğicimi Alan Uzman Tabin Savısı	
Çalıştığı Sağlık Tesisinde Aynı Branşta Bulunan Uzman Tabip Sayısı ve Hizmette Aksama Durumu	
Eğitim Sonrası Eğitimi Uygulayabileceği Gerekli Altyapının (araç-gereç) Durumu	
Sağlık tesisinde eğitim talep edilen konuya ilişkin bir avda karşılaşılan vaka sayısı	
Hastane Yöneticisi imzası /Mühür/Kaşe	
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
Devlet Hizmet Yükümlüğü Durumu, Mecburi Hizmete Başlama Tarihi ve Kalan Süresi	
İstihdam Sekli (657 DMK, 4924S.K)	
UYGUNDUR	