

## DEZENFEKSİYON ANTİSEPSİ STERİLİZASYON SERTİFİKALI EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU

KATILIMCI BİLGİLERİ	
Başvuru Tarihi	__ / __ / 21__
Adı Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	-----
Sicil Numarası	
Kadro Ünvanı	<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Diş Hekimi <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Sağlık Teknisyeni/Sağlık Teknikeri
Telefon Numarası	-----
E-posta adresi	.....@.....
KURUM BİLGİLERİ	
Görev Yaptığı Kurum Adı	
Görev Yaptığı İl	
Görev Yaptığı Kurum Tipi	<input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Eğitim ve Araştırma Hastanesi <input type="checkbox"/> Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> ADSH/ADSM <input type="checkbox"/> Diyaliz Merkezi <input type="checkbox"/> Diğer Sağlık Kurumu (.....)
Kurumda DAS Sertifikasına Sahip Personel Sayısı	

Adı geçen katılımcı kurumumuzda çalışmakta olup kurumumuz adına Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Eğitim Programına katılması uygundur.

İlgili İdari Amir  
Ad-Soyad/İmza

İdari Mali İşler Müdürü  
Ad-Soyad / İmza

BAŞHEKİM  
Ad-Soyad / İmza