

İSTİHDAM GELİŞTİRME DAİRE BAŞKANLIĞI
UZMAN HEKİM HİZMET İÇİ EĞİTİMİ
BAŞVURU FORMU

Kişi Tarafından Doldurulacaktır	
Adı Soyadı	
Unvanı / Branşı	
T.C Kimlik No	
Uzmanlığını Aldığı Kurum	
Doğum Tarihi	
Çalıştığı Kurum	
Memuriyete Başlama Tarihi	
Uzman Olarak Çalışma Süresi	yılay
Bulunduğu Kurumda Çalışma Süresi	yılay
İletişim Adresi	Tel:
TAAHHÜTNAME Eğitim sonrası kurumumda en az bir yıl süre ile çalışacağımı taahhüt ederim. Talep Eden Tabibin İmzası Tarih	
Kurum Tarafından Doldurulacaktır	
Eğitimin Konusu (İçeriği)	
Eğitimin Süresi	
Eğitimin Tarihi (Başlayış –BitişTarihi)	
Eğitim Almak İstenilen Kurum	
Daha Önce Alınan Hizmet İçi Eğitimler (Konusu, Tarihi ve Süresi)	1- 2- 3-
Çalıştığı Kurumda Talep Edilen Eğitimi Alan Uzman Tabip Sayısı	
Çalıştığı Kurumda Aynı Branşta Bulunan Uzman Tabip Sayısı ve Hizmette Aksama Durumu	
Eğitim Sonrası Eğitimi Uygulayabileceği Gerekli Altyapının (araç-gereç) Durumu	
Eğitim talep edilen konuya ilişkin kurumda karşılaşılan vaka sayısı (bir ayda)	
Baştabip İmzası /Mühür/Kaşe	
İl Sağlık Müdürlüğü Tarafından Doldurulacaktır	
Devlet Hizmet Yükümlüğü Durumu, Mecburi Hizmete Başlama Tarihi ve Kalan Süresi	
Kadro Durumu (657,4924)	
UYGUNDUR İl Sağlık Müdürlüğü	