

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ SERTİFİKASI

Sayın; Unvan *(Arial-14 punto-Kalın)*

.....Hastanesi tarafından Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği hükümlerine göre tarihli ve sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren, Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarına uygun olarak .../.../2020 - .../.../2020 tarihleri arasında düzenlenen "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitimi"ni başarı ile tamamlamış ve bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır. *(Arial-14 punto)*

**Unvanı Adı Soyadı
Program Sorumlusu
İmza
(Arial-14 Punto-Kalın)**

**Unvanı Adı Soyadı
Hastane Başhekimi
İmza
(Arial-14 Punto-Kalın)**

Düzenleme Tarihi:

Sertifika No:

T.C. Kimlik Numarası
Tescil Tarihi
Tescil Numarası
Sertifika Geçerlilik Tarihi/Süresi

Sertifikanın boyutu A4 boyutunda ve ağırlığı 200 gr olacaktır.

Bilgiler Bilgisayar ortamında yazılacaktır.