



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
KAMU HASTANELERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**ACIL 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, Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı Standartlarına uygun olarak .../.../2020 - .../.../2020 tarihleri arasında düzenlenen “Acil 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 Başhekim**  
**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.**