



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**İLK YARDIM EĞİTİM MERKEZİ
EĞİTİM BİLDİRİM FORMU**

İlkyardım Eğitim Merkezinin Adı	
Telefon / Faks	
E-mail Adresi	
Mesul Müdür Adı/Soyadı	
**Eğitimi Verecek 1.Eğitmen Adı/Soyadı	
**Eğitimi Verecek 2. ve 3.Eğitmen Adı/Soyadı	
Eğitime Katılacak Kursiyer Sayısı	
Verilecek Eğitimin Türü	
Eğitimin Verileceği Tarih ve Saatler	
*Eğitimin Verileceği Yerin Adresi	
*Eğitimin Verileceği Yerin Telefon ve Faks Numarası	

* Eğitim Bildirim Formu, eğitimin verileceği tarihten 3 gün önce gönderilmek zorundadır.

**7 kursiyere bir Eğitmen olacak şekilde düzenlenecektir.