



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ESKİŞEHİR
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Ek:8-b

EĞİTİM SALONU DENETİM FORMU

DENETLENEN MERKEZİN

Adı	
Adresi	
Tarih/Saat	

İlkyardım Eğitimi

İlkyardım Eğitici Eğitimi

Eğitim Yapılacak Adres:

ÖNGÖRÜLEN DÜZENLEME		EVET	HAYIR
1	Merkezin, eğitimler için anlaşma yaptığı eğitim salonu uygun mu?		
	a) Eğitim salonu katılımcı sayısına uygun büyüklükte mi?		
	b) Masa "U" düzeninde hazırlanmış mı?		
	c) Uygulama için alan ayrılmış mı?		
	d) Eğitimci masası var mı?		
	e) Lavabo – WC var mı?		
	f) Katılımcı dinlenme alanı var mı?		
	g) Havalandırma sistemi çalışıyor mu?		
2	Asgari ilkyardım araç - gereçleri var mı? *		

Denetçi
Adı Soyadı
İmza

Denetçi
Adı Soyadı
İmza

Mesul Müdür
Adı Soyadı
İmza

Not:Eğitimin düzenlenebilmesi için tüm maddelere evet yanıtı verilmesi gereklidir.

Uygun bulunan başvuruların, eğitim sırasındaki denetimleri; EK-8a ile yapılır.

*Asgari ilkyardım araç-gereçleri için EK-5 kullanılır.