

Bitte zurücksenden an:
(Per Brief oder Fax (0 65 92) 715-2508)

Krankenhaus Maria Hilf
Herrn Christian Günther
Maria-Hilf-Str. 2
54550 Daun

Verbindliche Anmeldung:

WEITERBILDUNG ZUR PRAXISANLEITERIN / ZUM PRAXISANLEITER IM GESUNDHEITSWESEN KURS WB-PA 17/18

Mit diesem Schreiben melden wir folgende/n Mitarbeiter/-in zu o. g. Weiterbildung an:

NAME:	
VORNAME:	
ANSCHRIFT PRIVAT: Straße PLZ Ort	
TELEFON PRIVAT:	
E-M@IL PRIVAT:	

EINRICHTUNG (Arbeitgeber):	
ABTEILUNG:	
FUNKTION:	
ANSCHRIFT DIENSTLICH: Straße PLZ Ort	
TELEFON DIENSTLICH:	FAX DIENSTLICH
E-M@IL DIENSTLICH:	

GEBURTSTAG:		GEBURTSORT:	
GEBURTSNAME:			
STAATSANGEHÖRIGKEIT:		KONFESSION:	
FAMILIENSTAND:			
FÖRDERUNG? WELCHE?			
MITGLIED IM CARITASVERBAND?	JA: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>	

Achtung: Bei Rücktritt von einer Anmeldung ist die volle Teilnahmegebühr zu entrichten oder ein Ersatzteilnehmer zu benennen.

ORT, DATUM	STEMPEL/UNTERSCHRIFT
-------------------	-----------------------------