

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

Krankenhaus Maria Hilf  
Frau Christine Grünewald  
Maria-Hilf-Str. 2  
54550 Daun

**Verbindliche Anmeldung:**

<b>WEITERBILDUNG ZUR PRAXISANLEITERIN / ZUM PRAXISANLEITER IM GESUNDHEITSWESEN KURS WB-PA 2019/2010</b>
---

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

<b>NAME:</b>	
<b>VORNAME:</b>	
<b>ANSCHRIFT PRIVAT:</b> Straße PLZ Ort	
<b>TELEFON PRIVAT:</b>	
<b>E-M@IL PRIVAT:</b>	

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

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

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

<b>ORT, DATUM</b>	<b>STEMPEL/UNTERSCHRIFT</b>
-------------------	-----------------------------