

ANMELDUNG

(BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)

Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH
Bildungszentrum, Susann Thiele
Chemnitzstr. 33
24116 Kiel
Fax: 0431 1697-3730

Bei Fragen zu Ihrer Anmeldung wenden Sie sich gerne an:

Susann Thiele
Tel. 0431 1697-3717
praxisanleitung@krankenhaus-kiel.de

Praxisanleiterqualifizierung 24.03.2025 – 20.11.2025

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Berufsbezeichnung: _____

Privatadresse

Straße/HausNr: _____ PLZ, Ort: _____

Tel./Mobil: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____

Straße/HausNr: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. dienstlich: _____ E-Mail dienstlich: _____

Voraussetzung für die Teilnahme an der o.g. Praxisanleiterqualifizierung ist die Einreichung von Anschreiben, Lebenslauf, Kopie der staatlichen Examensurkunde, Nachweis der mind. 1-jährigen Berufspraxis in den letzten 5 Jahren mit dieser Anmeldung.

Kursgebühren: 1950,- Euro

Selbstzahler

Kostenübernahme durch Arbeitgeber

Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Datum

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber