

 Bildungszentrum

**ANMELDUNG**

**(BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)**

**Bitte schicken Sie Ihre Anmeldung an: Bei Fragen zu Ihrer Anmeldung**

Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH **wenden Sie sich gerne an:**

Bildungszentrum, Susann Thiele Susann Thiele

Chemnitzstr. 33 Tel. 0431 1697-3717

24116 Kiel praxisanleitung@krankenhaus-kiel.de

Fax: 0431 1697-3730

|  |
| --- |
| **Praxisanleiterqualifizierung 20.11.2023 – 13.06.2024** |
|  |
| 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: 1790,- Euro** |  |
| 🞎 Selbstzahler  | 🞎 Kostenübernahme durch Arbeitgeber |
| Datum Unterschrift Teilnehmer/in | Datum Unterschrift und Stempel Arbeitgeber |