

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](mailto: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 | |