

Anmeldebogen:
Zentrum für Fort- und Weiterbildung
Klinikum Fichtelgebirge
Schillerhain 1-8
95615 Marktredwitz

Susanne Diesing (Leitung)
 Tel.: 09231 / 809-31711
s.diesing@klinikum-fichtelgebirge.de
Harald Schiller
 Tel.: 09231 / 809-31732
h.schiller@klinikum-fichtelgebirge.de

Anmeldung für (Kursbezeichnung):				
Name		Vorname		Geb. Datum
Geburtsname:				
Straße	PLZ	Ort		Geb. Ort
Telefon / Privat / ggf. Handy		Email / Privat		
Berufsbezeichnung (aus der Urkunde)		Erlaubnis erteilt am (Datum)	Erlaubnis erteilt durch (Bezeichnung der Behörde)	
Arbeitgeber / Klinik/ Einrichtung Stationsbezeichnung		Telefon Dienst		TZ / VZ mit ...Stunden
PLZ–Arbeit	Ort / Arbeitgeber		Straße / Nummer	
Stationsleitung		Pflegedienstleitung		
Telefonisch erreichbar unter:		Telefonisch erreichbar unter:		

Daten werden gemäß dem Datenschutzgesetz erhoben, verarbeitet und genutzt.

Kursgebühr wird übernommen vom: Arbeitgeber Arbeitnehmer

 Datum, Unterschrift des Weiterbildungsteilnehmers:

