

## ANMELDUNG

### Weiterbildung Aromapflege nach § 64 GuKG

Familienname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Sozialversicherungsnummer: .....

Wohnadresse: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Diplomierungsjahr: ..... DGKS/P  DKKS/P  DPGKS/P

#### Adresse der derzeitigen Dienststelle:

Klinik/Pflegeheim/HKP : .....

Adresse: .....

Abteilung, Station: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Derzeitige Funktion: .....

Der Anmeldung beilegen: **2 Passfotos**  
**Fotokopie des Diploms**

Rechnungsadresse:                      privat                       Dienststelle

.....  
Unterschrift des/der Kursteilnehmers/in

.....  
Unterschrift der Pflegedienstleitung

Datum: .....