

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:.....