# Anmeldung

Ich melde mich verbindlich an für den Kurs

Kurstitel:

Termin:

Name, Vorname:

Anschrift (privat):

E-Mail:

Arbeitgeber, Anschrift:

|  |
| --- |
|  |

Ja, mein Arbeitgeber befürwortet die Anmeldung, und ich werde freigestellt

Ausbildung als:

Tätig als:

……………………………………………………………………………………………………………….

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte absenden an:

Diakonisches Aus- und Fortbildungszentrum für Pflegeberufe Hofgeismar

Gesundbrunnen 12a in 34369 Hofgeismar

Telefon (05671) 88 26 50 Fax (0 56 71) 88 26 11

[dafz@gesundbrunnen.org](mailto:dafz@gesundbrunnen.org) WEB: dafz.gesundbrunnen.org