**Verbindliche Anmeldung – Praxisanleiterweiterbildung 2017-2018**

**Anmeldefrist : 31. Januar 2017**

**Personalien**

Name : Vorname :

Geburtstag : Geburtsort :

Geburtsname: Staatsangehörigkeit :

PLZ / Wohnort : Straße :

Telefon privat : Telefon dienstlich :

E- Mail privat: E- Mail dienstlich:

**Arbeitgeber**

DGD **Kliniken Sachsenhausen**  AGAPLESION **Frankfurter Diakonie Kliniken** Station : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FDK-MK – Station : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  FDK-BP – Station : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Externe**: externe Teilnehmer erhalten nach Eingang der Anmeldung und Zusage eine Weiterbildungsvereinbarung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Bitte Name und Anschrift der Einrichtung

**Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege**

**Berufsausbildung als Operationstechnische/er Assistentin/Assistent**

Abschluss Jahr : Monat

**Abgeschlossene Fachweiterbildung im Fachbereich:** Abschluss Jahr : Monat

Als Mentor in diesem Bereich tätig:  ja  nein

**Bitte die nachstehenden Unterlagen zusammen mit der Anmeldung zusenden :**

*Beglaubigte Kopie*der **Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Gesundheits- u. Krankenpfleger/in**  
*Beglaubigte Kopie* des **Personalausweises/Reisepasses (gilt nicht für OTAs):** ja, beigefügt  nein, **wird nachgereicht** **bis :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Wichtiger Hinweis:**  nur **vollständig ausgefüllte, leserliche und von der Pflegedirektion unterschriebene** Anmeldungen können angenommen werden (gilt nicht für externe TeilnehmerInnen). **Andernfalls gelten Sie als „nicht angemeldet“.** |

Mit der Rücksendung dieses Erhebungsbogens gebe ich gleichzeitig eine **verbindliche Zusage für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme.**

Bitte senden Sie den **leserlichen und vollständig ausgefüllten** Anmeldebogen postalisch an das:

**AGAPLESION Bildungszentrum für Pflegeberufe Rhein-Main gGmbH**

**Wilhelm-Epstein-Str. 4 – 60431 Frankfurt oder per Telefax: 069 / 9533-2519**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Teilnehmer Datum / **Unterschrift Pflegedirektion**