

Regionales Berufsbildungszentrum am Schützenpark

der Landeshauptstadt Kiel
- rechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts -



Bitte vollständig ausfüllen!

**Die Anmeldung bitte ausschließlich an: RBZ, Westring 100, 24114 Kiel oder per Fax an:
0431 1698-333 senden! Bei Rückfragen rufen Sie uns gerne unter 0431 1698-300 an.**

Ausbildungsberuf	Medizinische/r Fachangestellter/	
Ausbildungsbetrieb (ggf. Stempel) Name des Ausbilders, Name des Inhabers und E-Mail Adresse bitte eintragen!		
Beginn der Ausbildung		
Bei Maßnahmen/Umschulungen bitte Träger eintragen		
Art der Maßnahme (EQJ-Vertrag oder Kostenübernahme bitte in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Einstiegsqualifizierungs Jahr	<input type="checkbox"/> Umschulung

Persönliches

Name, Vorname								
Geburtsname (nur ausfüllen, wenn abweichend)								
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> o. Angabe.				
Geburtsdatum								
Geburtsland und Jahr des Zuzugs (nur ausfüllen, wenn nicht DE)								
Staatsangehörigkeit/Muttersprache								
Anschrift und Hausnummer								
Postleitzahl, Ort und Kreis			KI		NF		OH	NMS
			RD		SE		SL	PLÖ
Telefon (privat und/oder Mobil)								
E-Mail-Adresse								

Schulischer/Beruflicher Werdegang

Letzter allgemeinbildender Schulabschluss	Erster allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
	Mittlerer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
	Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
	Allgemeine Hochschulreife	<input type="checkbox"/>
Wunschtag Unterstufe	Mo. und Mi.:	<input type="checkbox"/>
	Di. und Do.:	<input type="checkbox"/>
	Di. und Fr.:	<input type="checkbox"/>
	Mi. und Fr.:	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift