

Regionales Berufsbildungszentrum am Schützenpark

der Landeshauptstadt Kiel
- rechtsfähige Anstalt öffentlichen Rechts -



Bitte vollständig ausfüllen!

**Die Anmeldung bitte ausschließlich an: RBZ am Schützenpark, Westring 100, 24114 Kiel,
info@rbz-schuetzenpark.de 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		<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>												
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"/>
	Mi. und Fr.:	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift