

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

## Persönliches

Name, Vorname																											
Geburtsname (nur ausfüllen, wenn abweichend)																											
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers	<input type="radio"/> o. Angabe.																							
Geburtsdatum																											
Geburtsland <b>und</b> Jahr des Zuzugs (nur ausfüllen, wenn <b>nicht</b> DE)																											
Staatsangehörigkeit/Muttersprache																											
Anschrift <b>und</b> Hausnummer																											
Postleitzahl, Ort <b>und</b> 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 <b>allgemeinbildender</b> Schulabschluss	Erster allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="radio"/>
	Mittlerer Schulabschluss	<input type="radio"/>
	Fachhochschulreife	<input type="radio"/>
	Allgemeine Hochschulreife	<input type="radio"/>
Wunschtag Unterstufe	Mo. und Mi.:	<input type="radio"/>
	Di. und Do.:	<input type="radio"/>
	Mi. und Fr.:	<input type="radio"/>

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift