

Anmeldung zum Berufsschulbesuch Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)

Auszubildende/r

Nachname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname(n)		Höchster erreichter Schulabschluss		
Straße Hausnr.		Abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PLZ Wohnort		Falls ja, welcher Beruf:		
Geburtsdatum		E-Mail		
Geburtsort		Telefon		
Geburtsland		Mobil		

Kontaktperson oder Erziehungsberechtigte/r

Nachname		Straße Hausnr.	
Vorname(n)		PLZ Wohnort	
Telefon / Mobil			

Ausbildungsbetrieb

Praxisname		E-Mail	
zuständiger Ausbilder		Telefon	
Straße Hausnr.		Fax	
PLZ Ort		Weitere Azubis im Betrieb:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildungsverhältnis			
Beginn		
Ende		Datum	Unterschrift des Arbeitgebers

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Schultagekombination an. Geben Sie eine 1. und eine 2. Priorität an.

Mögliche Kombinationen:	Haupttag (jede Woche) Nebentag (jede 2. Woche)	Dienstag Freitag	Mittwoch Montag	Donnerstag Dienstag	Freitag Mittwoch
Gewünschte Kombination:	1. Priorität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Priorität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir werden uns bemühen, Ihre/n Auszubildende/n in eine Klasse mit der gewünschten Kombination der Schultage aufzunehmen. Ein Anspruch hierauf besteht nicht. Bei Ausbildungszeitverkürzung erfragen Sie die Schultage bitte auf dem Sekretariat. Die Einteilung wird in der Reihenfolge des Eingangs der Anmeldungen vorgenommen.