

Berufliche Schule am Klinikum Südstadt
und der Hanse- und Universitätsstadt Rostock
Schleswiger Straße 5
18109 Rostock

Datum:

Anmeldung zum/zur Medizinischen Fachangestellten

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei mir befindet sich ab:

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon:

in der Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Erstausbildung

Zweitausbildung

Umschüler

Abschluss Realschule (Jahr):

Abschluss Abitur (Jahr):

Abschluss Hauptschule (Jahr):

Sonstige Hinweise:

Ausbildungspraxis:

(Name und Anschrift):

(Stempel und Unterschrift Ausbilder)