



Informationen für die Anmeldung zur berufspädagogischen Weiterbildung

Sehr geehrte Teilnehmerin,

Sehr geehrter Teilnehmer,

wir freuen uns, Sie in unserer Schule im Rahmen der berufspädagogischen Weiterbildung in der Praxisanleitung begrüßen zu dürfen.

Für Ihre Anmeldung erhalten Sie nachfolgend einige wichtige Informationen.

Informationen zu Ihrer Bewerbung:

Ihre Bewerbung soll folgende Unterlagen enthalten:

- Anmeldeformular
- Tabellarischen Lebenslauf
- Zeugnis über die bestandene Abschlussprüfung
- Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung
- Kostenübernahmeerklärung

Die Anschrift der Einrichtung lautet:

**Evangelische Ausbildungsstätte des Münsterlandes für pflegerische Berufe
e.V.
Coerdestraße 58
48147 Münster**

Die Einrichtung ist unter folgenden weiteren Kontaktdaten erreichbar:

Telefonnummer: **0251 – 239 389 0**

E-Mail-Adresse: info@eam-muenster.de

Die Internetpräsenz der Einrichtung ist unter folgender Adresse zu finden:

www.eam-muenster.de



ANMELDUNG

zur berufspädagogischen Weiterbildung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter

(Bitte leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Unter Anerkennung von Teilnahmebedingungen melde ich mich verbindlich zur berufsbegleitenden Weiterbildung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter an der EAM Münster an.

E-Mail: info@eam-muenster.de

Termin: 2023/2024 – Start: 25.09.2023 (39. KW)

Kursbezeichnung: Weiterbildung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter

Name und Vorname der/des Kursteilnehmerin/s Geburtsdatum

Anschrift (privat)

Telefon (privat) E-Mail Adresse

Berufsbezeichnung

Derzeitige Tätigkeit / Arbeitgeber

Datum / Stempel der Einrichtung Unterschrift
Pflegedirektion /Einrichtungsleiter

Ich erhalte eine Förderung über einen Bildungsscheck NRW etc. und schicke diesen umgehend per Post zu.

Datum / Stempel der Einrichtung Unterschrift
Teilnehmerin / Teilnehmer



Kostenübernahmeerklärung

(Bitte leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Kursbezeichnung:
Weiterbildung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter

Die Kosten der Maßnahme betragen: **1.899,00 Euro**

Die Kosten werden übernommen von: (bitte zutreffendes ankreuzen)

Arbeitgeber

Teilnehmerin / Teilnehmer

Hiermit wird die Teilnahme von Frau / Herrn

Name, Vorname

an der oben genannten Weiterbildungsmaßnahme befürwortet. Sie /er wird zu den angegebenen Terminen freigestellt.

Rechnungsadresse des Arbeitgebers:

Datum / Stempel der Einrichtung

Unterschrift
Pflegedirektion / Einrichtungsleiter

Datum / Stempel der Einrichtung

Unterschrift
Teilnehmerin / Teilnehmer