



## 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
- Kopie der Urkunde zur Führung der 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](mailto:info@eam-muenster.de)

Die Internetpräsenz der Einrichtung ist unter folgender Adresse zu finden:

[www.eam-muenster.de](http://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](mailto:info@eam-muenster.de)

**Termin:** \_\_\_\_\_

**Kursbezeichnung: Weiterbildung zur Praxisanleiterin / zum Praxisanleiter**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der/des Kursteilnehmerin/s Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat) E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Derzeitige Tätigkeit / Arbeitsstätte

\_\_\_\_\_  
Datum / Stempel der Einrichtung Unterschrift  
Pflegedirektion / Einrichtungsleitung

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: **1.499,00 Euro**

Die Kosten werden übernommen von: (bitte zutreffendes ankreuzen)

Arbeitsstätte

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 / Einrichtungsleitung

---

Datum / Stempel der Einrichtung

Unterschrift  
Teilnehmerin / Teilnehmer