

Ausbildungsberuf: Medizinische/r Fachangestellte/r

Ausbildungsstätte

Ausbilder:

Telefon:

Anmeldung zur Berufsschule

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Geb. am _____ in _____

Ausbildungszeit vom _____ bis _____

Bei verkürzter Ausbildung den Grund der Verkürzung angeben.

Schulbildung

→ Hauptschule mit Abschluss

→ Realschule/Gymnasium Abgangsklasse _____
mit Abschluss „Realschulabschluss“
mit Abschluss „Erweiterter Realschulabschluss“
mit Abschluss „Abitur“

→ Zweijährige Berufsfachschule mit Abschluss

Berufsfeld _____

→ Berufsbildungsgrundjahr mit Abschluss

Berufsfeld _____

→ Sonstige _____

Anschrift der zuletzt besuchten Schule

Tätigkeit der letzten 12 Monate
