

ANMELDEFORMULAR

BERUFSERKUNDUNGSPRAKTIKUM

*Berufsgruppe: Pflege
 Hotellerie

*Beruf: Fachfrau / Fachmann Gesundheit 3 Tage
 Köchin/ Koch 2 Tage
 Fachfrau / Fachmann Hauswirtschaft 3 Tage

*Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
*Name	
*Vorname	
*Strasse	
*PLZ / Ort	
*Telefon Privat	
*E-Mail Adresse	
*Geburtsdatum	
Mögliche Schnupperdaten	<input type="checkbox"/> Fachfrau / Fachmann Gesundheit: <input type="checkbox"/> 08.04.2019 – 10.04.2019 (ausgebucht) <input type="checkbox"/> 06.05.2019 – 08.05.2019 (ausgebucht) <input type="checkbox"/> 03.06.2019 – 05.06.2019 (ausgebucht) <input type="checkbox"/> Köchin/ Koch (2 Tage) Gewünschter Termin: _____ <input type="checkbox"/> Fachfrau/ Fachmann Hauswirtschaft Gewünschter Termin: _____
*Schule	
*Schulstufe	
Bemerkungen	
Dokumente	

Achtung: Alle Angaben **mit*** müssen zwingend ausgefüllt werden. Bitte senden Sie uns Ihre Anmeldung inkl. Lebenslauf **mindestens 1 Monat vor** dem gewünschten Kurzpraktikum zu.

Ort/ Datum _____ Unterschrift: _____

Senden an:
 Hirslanden Klinik Stephanshorn
 Ausbildung
 Brauerstrasse 95
 9016 St.Gallen
 ausbildungspflege.stephanshorn@hirslanden.ch