

# Anmeldung

Bildungszentrum Gesundheit und Soziales  
Robert-Bosch-Straße 18  
48153 Münster



Bildungsangebot: **Weiterbildung Praxisanleitung für Sozialberufe** (Kurs: WBPASB-26-01-R)  
Beginn: 12.01.2026 Ende: 07.07.2026  
Kosten: 1595,00 €

Bitte achten Sie darauf, dass Sie das Anmeldeformular **vollständig und leserlich** (in Druckbuchstaben) ausfüllen!

Senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung per Mail an: **s.dorn@alexianer.de**

oder per Fax an: **0251 / 484247-48105**

| Kontaktdaten teilnehmende Person |           |          |  |
|----------------------------------|-----------|----------|--|
| Anrede:                          | Nachname: | Vorname: |  |
| Berufsausbildung                 |           |          |  |
| Privatadresse                    |           |          |  |
| Handy o. Telefon                 |           | E-Mail   |  |

| Kontaktdaten Arbeitgeber   |             |                |                |               |
|--|-------------|----------------|----------------|---------------|
| Arbeitgeber  |             |                |                |               |
| Abteilung/<br>Einsatzort   |             |                |                |               |
| <i>Ansprechpartner:in<br/>in der Einrichtung</i>   | <i>Name</i> | <i>Vorname</i> | <i>Telefon</i> | <i>E-Mail</i> |
| <i>Einrichtungsleitung</i>   |             |                |                |               |
| <i>Stations- oder<br/>Wohnbereichsleitung</i>  |             |                |                |               |
| <i>Pflichtfortbildungen<br/>Praxisanleitung:<br/>Wer erhält das<br/>digitale Zertifikat?</i> |             |                |                |               |

| DATEN ZUR RECHNUNG ⇒ bitte genau prüfen, Danke! |   |
|---|---|
| Rechnungsempfänger                              | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich<br><small>wenn dienstlich → Name Ansprechpartner:in</small> |
| Rechnungsadresse                                |   |

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zu lehrgangsorganisatorischen Zwecken elektronisch verarbeitet werden\*. Die Teilnahmebedingungen werden von mir akzeptiert. Datenschutzerklärung ist unter <http://www.zfg-muenster.de> einsehbar. Teilnahmebedingungen können aus den AGB entnommen werden.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmende Person

Datum, Unterschrift (Arbeitgeber/Stempel bei Kostenübernahme)