

Anmeldung Schnuppertag Praktikum

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse / Nummer	
PLZ / Wohnort	
Telefon Privat	
Mobile Nr.	
E-Mail	
Schnuppertag / Praktikum als:	Bitte ankreuzen
Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	<input type="checkbox"/>
Kauffrau/-mann EFZ	<input type="checkbox"/>
Pflegefachfrau/-mann HF	<input type="checkbox"/>
Wiedereinstieg als:	
Fachfrau/-mann Gesundheit EFZ	<input type="checkbox"/> Diplomjahr: _____
Pflegefachfrau/-mann HF	<input type="checkbox"/> Diplomjahr: _____

Bitte ausfüllen und per Mail an info@spitexuri.ch

Vielen Dank für Deine Anmeldung!