



Bitte mit den Ausbildungsverträgen an die Ärztekammer zurücksenden!

Anmeldung einer/eines Auszubildenden in der Berufsschule BS15

Hiermit melde ich folgende/n Auszubildende/n für den Ausbildungsberuf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) bei Ihnen an:

Name _____

Vorname _____ weiblich männlich

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____ **Mobil** _____

Schulabschluss _____ **Staatsan-** _____
Ausbildungs- _____
beginn _____

Ausbilder/in _____

Praxisanschrift _____

Praxistelefon- _____ **Praxis-Fax-** _____
nummer _____ **nummer** _____

Praxisemail _____

Folgende Schultage sind für den **Ausbildungsbeginn im August 2020** vorgesehen:

gewünschte Kombination:		1.Wahl	2.Wahl
1.	Montag (7.45 – 13.05 Uhr) und Mittwoch (7.45 – 13.05 Uhr)		
2.	Dienstag (7.45 – 13.05 Uhr) und Donnerstag (7.45 – 13.05 Uhr)		
3.	Mittwochnachmittag (13.15 – 17.15 Uhr) und Freitag (7.45 – 14.00 Uhr)		

Sollten Sie eine Auszubildende mit **(Fach-) Hochschulreife** oder einer **abgeschlossenen Berufsausbildung im Gesundheitsbereich** anmelden wollen, die die Ausbildung zur MFA in **zwei Jahren** – vorbehaltlich der Zustimmung der ÄKH – absolvieren kann, so bieten wir eine **2-Jahresklasse** mit dem Freitag als Schultag an.

2-Jahres- klasse	Freitag (7.45 – 14.45 Uhr)	
-----------------------------------	----------------------------	--

Hamburg, den _____

Unterschrift

Stempel



Weitere Informationen erhalten Sie direkt von der BS15 (☎ 428 792-0)
oder im Internet unter www.bs15-hamburg.de