



St.-Vincenz-Hospital
Pflegedienstleitung
Südring 41
48653 Coesfeld

Absender (Stempel):

Anmeldeformular Praktikum Schuljahr _____

Das Praktikum findet in der Zeit vom _____ bis _____ statt.

Betreuungsperson für die Praktikanten und Ansprechpartner der Schule für das Krankenhaus ist:

Frau / Herr _____ Tel.: _____

Folgende Schüler / -innen der Klasse _____ werden für den Einsatz im Pflegebereich im St.-Vincenz-Hospital angemeldet:

1. Name / Vorname: _____

Wohnort mit (PLZ) _____

Straße: _____

Telefon: _____, geb.: _____

2. Name / Vorname: _____

Wohnort mit (PLZ) _____

Straße: _____

Telefon: _____, geb.: _____

(Datum)

(Schulstempel, Unterschrift)