

Anmeldung zur Fortbildungsprüfung**”Geprüfter Fachwirt / Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen”****1. Prüfungstermin** (bitte ankreuzen und Jahreszahl einfügen): Frühjahr 20..... Herbst 20.....**2. Gebührenbescheid geht an:** Firma / Prüfungsteilnehmer (**Bitte ankreuzen!**)**3. Persönliche Daten:** weiblich / männlich (**Bitte ankreuzen!**)

Name: _____ ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mail: _____

Beschäftigt bei Firma: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

4. Teilnahme am Lehrgang bei:

von: _____ bis: _____

5. Erklärung (gem. § 10 Abs. 2 c) FPO)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)

An einer Prüfung dieser Art (Gepr. Fachwirt/Gepr. Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen) habe ich bisher

noch nicht einmal zweimal teilgenommen. **(Bitte ankreuzen!)**

Wenn ja, bei welcher IHK _____

Ich erkläre, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Bitte ausgefüllt senden an:

Industrie- und Handelskammer für die Pfalz
Frau Susan Ebersmann
Rheinallee 18-20
67061 Ludwigshafen

Raum für weitere Informationen oder Mitteilungen