



An alle auszubildenden Ärztinnen und Ärzte im Rhein-Erft-Kreis

Einschulung Ihrer / Ihres neuen Auszubildenden für das Schuljahr 2022/2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind im Rahmen der dualen Ausbildung um eine kooperative Zusammenarbeit mit Ihnen bemüht und versuchen, bei der Klassenbildung die Berufsschultage dem Zeitplan Ihrer Praxis anzupassen.

Bei Ausbildungsbeginn ab dem 01. Februar 2023 kommen die Auszubildenden in die Winterklasse MF522, da diese die Prüfung zum Wintertermin ablegen. Ausnahme bilden evtl. Auszubildende die eine Verkürzung anstreben (soweit bekannt auf der Anmeldung vermerken).

Die Beschulung der Klasse MF522 erfolgt **ausschließlich am Freitagvormittag (8:00 – 14:00 Uhr) und Mittwochnachmittag ab 13:15 Uhr**. Dieser Berufsschultag bleibt dann für die Dauer der gesamten Ausbildung bestehen.

Senden Sie uns Ihre Meldung bitte so früh wie möglich zu.

Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung mit dem Einschulungstermin.

Wir bitten um einen Widerruf Ihrer Anmeldung, wenn das Ausbildungsverhältnis nicht zustande kommt.

Mit freundlichen Grüßen

Karin Jaschkowitz
Abteilungsleiterin

Alex Burchard
Schulleiter

P.S.: Natürlich können Sie das Anmeldeformular auch auf unserer Homepage www.ksbk.de als PDF-Datei ausfüllen und ausdrucken.

Absender (Stempel):

Datum: _____

Karl-Schiller-Berufskolleg
Europaschule des Rhein-Erft-Kreises in Brühl
Bonnstraße 200
50321 Brühl

Fax: 02232 762122

Anmeldung zur Berufsschule für das Schuljahr 2022/2023 - Winterklasse MF522
Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen od. auf Homepage www.ksbk.de als PDF-Datei.)

Auszubildende/r					
Name			Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	
Straße			PLZ		Ort
Telefon			Mobil		
Geburtsdatum			Geburtsort		
Geburtsland			Religion		
Staatsangehörigkeit					

Name und Praxisanschrift der Ausbildungsstätte					
Name					
Straße			PLZ		Ort
Telefon			Fax		
E-Mail					
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/>	Frau	<input type="checkbox"/>	Herr	
Name			Vorname		
Telefon			Fax		
E-Mail					
Ausbildungsbeginn			Ausbildungsende		

Die Beschulung erfolgt am Freitagvormittag und Mittwoch

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzhinweise auf der Homepage zur Kenntnis genommen zu haben.

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes