

## **Bewerbungsformular zur Teilnahme an der**

### **Weiterbildung**

### **Multiprofessioneller Basiskurs Palliative Care 2019-2020**

### **Kurs XXI**

gemäß §39a SGB V für Pflegekräfte und psychosoziale Berufsgruppen

Anmeldeschluss: **15.04.2019** (Datum des Poststempels)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Entsendende Institution: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Berufsjahre: \_\_\_\_\_

Bisher absolvierte Palliative Care Module: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Meine Motivation zur Teilnahme an der Weiterbildung:**

Ich versichere, dass mein Arbeitgeber über meine Teilnahme an der Bildungsmaßnahme informiert ist und ihr zustimmt. Der Arbeitgeber wird mich entsprechend freistellen und die Kosten für meine Ausfallzeiten tragen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Rücksendung des Bewerbungsformular an:**

Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie® für Bildung und Forschung des HOSPIZ STUTTGART,  
Sekretariat Frau Weiß, Diemershaldenstr. 7-11, 70184 Stuttgart