

Anmeldeformular zum Schnupperpraktikum / Berufserkundung

Name **Vorname**

Strasse **PLZ/Ort**

Telefon und Mailadresse **Geburtsdatum**

Schulstufe oder aktuelle Berufssituation
.....

Bisherige Schnupperpraktika im Pflegebereich

Ort **Dauer**

Ort **Dauer**

Wichtig:

Bitte senden Sie uns Ihre Anmeldung bis spätestens 4 Wochen vor dem gewünschten Termin an folgende Post- oder E-Mail-Adresse zu:

Geriatric Clinic St. Gallen AG
Frau Cinzia Haag
Leiterin Aus-, Fort- u. Weiterbildung
Rorschacher Strasse 94
9000 St. Gallen

Telefon: 071 243 86 58
Email: cinzia.haag@geriatrie-sg.ch

<input checked="" type="checkbox"/> Gewünschter Beruf	Anzahl Praktikumstage	Gewünschtes Datum
<input type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Gesundheit	2 - 3 Tage	
<input type="checkbox"/> Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	3 Tage	
<input type="checkbox"/> Fachfrau/-mann Hauswirtschaft	2 - 3 Tage	
<input type="checkbox"/> Ernährungsberater/-in FH	Schnupperpraktika möglich	
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in FH	Schnupperpraktika bedingt möglich	
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in FH	Schnupperpraktika möglich	

Ort, Datum

Unterschrift

Formular senden