



**Wird durch die APS ausgefüllt:**

**PER FAX AN:** \_\_\_\_\_

**Datum der Anmeldebestätigung:** \_\_\_\_\_

**Sammelanmeldung zu Fortbildungen für Beschäftigte der Klinikum Wahrendorff GmbH**

**Original oder per Fax an: APS – Akademie für Pflege und Soziales GmbH, Karlsruher Str. 2b,  
30519 Hannover. Fon: 0511- 864754, Fax 0511- 863292**

Bitte in Druckbuchstaben

**Fortbildungstitel/Kurstitel** \_\_\_\_\_

**Termine/Kursbeginn** \_\_\_\_\_

Bereich	Beruf und Funktion	Jahre Psych. Praxis	Name, Vorname	Unterschrift Mitarbeiter/in	Anmeldung bestätigt*	Absage*

\* wird durch die APS ausgefüllt

Mit den Unterschriften sind die AGB's der APS anerkannt. (AGB's: [www.aps-hannover.de](http://www.aps-hannover.de) oder im Intranet der Klinikum Wahrendorff GmbH)

**Unterschrift des Dienstplanverantwortlichen** \_\_\_\_\_

**Name und Telefon des zuständigen Vorgesetzten** ----- **Datum/Unterschrift des Vorgesetzten** -----