

Anmeldeformular

☐ Fortbildung:

Datum

☐ Weiterbildung:

Zeitraum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (privat)

Handy

E-Mail

Einrichtung/Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Telefon Arbeitgeber

E-Mail

Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Unterschrift Arbeitgeber

- ☐ Ich erkenne die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Caritasverbandes für den Landkreis Kronach e.V. an.
- ☐ Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Teilnahme von Träger und Leitung genehmigt wurde.



Ihre Anmeldung richten Sie bitte an den

Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V.
Referat Fort- und Weiterbildung
Adolf-Kolping-Str. 18
96317 Kronach

Email: info@caritas-kronach.de
Fax: 09261 60 56 - 50 (-53)