

Anmeldeformular zum Berufswahlpraktikum der Radiologiefachperson

Namen / Vornamen	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ /Ort	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
In welchem Zeitraum möchten Sie die Berufswahlpraktikum durchlaufen?	<input type="text"/>

Das Berufswahlpraktikum dauert jeweils 5 Tage von Montag bis Freitag.
In dieser Zeit erhalten Sie die Schürzen und einen Esspass für das Personalrestaurant.

Bitte legen Sie diesem Formular noch Folgendes bei:

- Schreiben Sie uns in einem kurzen Begleitbrief, weshalb Sie das Berufswahlpraktikum der Radiologiefachperson durchlaufen möchten.
- Welche Schule besuchen Sie jetzt?
- Haben Sie schon einen Beruf erlernt, wenn ja welchen?
- Erstellen Sie eine Anfrage auf www.myoda.ch

Datum: <input type="text"/>	Unterschrift:
Datum: <input type="text"/>	Unterschrift der Eltern / des ges. Vertreters: (nur bei Minderjährigen)