Formular- Anfrage für ein Schnupperpraktikum in den Pflegeberufen

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Wohnort (mit Postleitzahl): _____

Telefonnummer/ Handynummer: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mailadresse: _____

Gewünschtes Schnupperdatum:

Spital: ☐ **Wil** ☐ **Wattwil**

Berufsbildung

Sekundarschule: Klasse

Realschule: Klasse

Andere:

Berufswunsch:

☐ Fachfrau/Fachmann Gesundheit (3 Tage, ab 2. Oberstufe)

☐ Pflegefachfrau/Pflegefachmann (1 – 2 Tage, ab 18 Jahre, auf Anfrage)

☐ Hebamme (1 – 2 Tage, ab 18 Jahre, auf Anfrage)

Schnupperpraktikum in einem anderen Spital absolviert: Ja ☐ Nein ☐

Andere bereits absolvierte Schnuppertage:

Datum:

Das ausgefüllte Formular bitte an claudia.fraefel-haering zusenden. Vielen Dank