Wird von der Hochschule ausgefüllt:
Eingang: _____
Eingangsbestätigung: _____
DB: _____
Zulassung: _____

Per Email an
fernstudium.gesundheitswissenschaften@uni-bielefeld.de

An die
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Weiterbildendes Fernstudium
Angewandte Gesundheitswissenschaften

Anmeldung
WEITERBILDUNG KOMPAKT

Bitte füllen Sie das Formular in Druckbuchstaben aus.

Für welche(n) Weiterbildungskurs(e) möchten Sie sich anmelden?
_____
_____

Angaben zu Ihrer Person	
Name:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Vorname(n):	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Geburtsname:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Geburtsdatum:	|__|__| . |__|__| . |__|__|__|__|
Geburtsort:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Geschlecht:	☐ **weiblich** ☐ **männlich**
Staatsangehörigkeit:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Straße/Hausnr.:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Adresszusatz:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
PLZ:	|__|__|__|__|__|
Ort:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Telefon privat:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Telefon berufl.:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Mobil:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Email:	_____@_____

Angaben zu Ihrer Berufsausbildung und Berufstätigkeit

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

|__|__|__