

**Universitätsklinikum Münster
Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung
Frau Maria Kalthoff
Schmeddingstraße 56**

Hier im Hause

Anmeldeformular für IBFW Veranstaltungen interne Teilnehmerinnen/Teilnehmer

Ich melde mich verbindlich für folgende Seminare an: _____
 Name, Vorname (Druckbuchstaben)

_____ Station _____ Telefon

Veranstaltungen nach Priorität geordnet:				Dieser Bereich wird von der IBFW ausgefüllt		
	Seminar Nr.	Titel	Datum	Zusage	Seminarraum Seminarzeiten	Wartelistenplatz
1.				<input type="checkbox"/>		
2.				<input type="checkbox"/>		
3.				<input type="checkbox"/>		
4.				<input type="checkbox"/>		
Die Teilnahme an der Veranstaltung liegt im dienstlichen Interesse. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter wird daher während der Dienstzeit abgeordnet.				Datum und Unterschrift IBFW		
_____ Unterschrift Bereichsleitung Tel.Nr.						
_____ Unterschrift Klinikenpflagedienstleitung						