

Personalbogen Medizinische/r Fachangestellte/r

Name des Ausbilders Praxisstempel

Personalien der/s Auszubildenden

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geboren am _____ in: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schulabschluss: _____

Beginn der Ausbildung: _____

Ende der Ausbildung: _____

Geschlecht: männlich ____ weiblich ____ divers ____

Betriebsnummer des Ausbildungsbetriebes: _____

(Vergeben von der Bundesagentur für Arbeit n. SGBIV: (nicht die Betriebsstättennummer der KV))

Ort/Datum

Unterschrift des Ausbilders

Unterschrift der/des Auszubildenden