



Tilmeldingsblanket

Venligst udfyld alle felter

Titlen for kurset: **AMA Omsorgssvigt**

Navn: _____

CPR-nr: _____

Privat adresse: _____

Post nr. by: _____

E-mail på ansøger: _____

Mobil på ansøger:
(Pga. billetbestilling) _____

Nuværende stilling: _____

Ansættelsessted: _____

Ansættelsesstedets GLN nr. _____

Ansøgerens uddannelse: _____

Lederens navn: _____

Lederens e-mail: _____

Dato

Ansøgerens underskrift

Dato

Lederens underskrift

Venligst udfyld alle felter

Fremsendes til: kursus@pi.sps.gl

Hvis alle blanketterne ikke er udfyldt, sendes blanketten tilbage til ansøgeren