

## Interprofessioneller Palliative Care Lehrgang 2017/18

**ANMELDUNG/BEWERBUNG**

Wir bitten Sie, dieses Formular am Computer auszufüllen.

Titel/Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Tel. (privat)	E-Mail
Geburtsort/Datum	Beruf

**Dienstort und Funktion** (bitte genau angeben: Hauskrankenpflege, Wohn- und Pflegeheim, Krankenhaus, Palliativstation ...)

Beschäftigt:  Teilzeit  Vollzeit (bitte ankreuzen)  
Berufserfahrung: ..... Jahre  
Berufserfahrung in Palliative Care:  Ja, seit ..... Jahren  Nein (bitte ankreuzen)

**Aus- bzw. Weiterbildung/en:****Was motiviert Sie, diesen Lehrgang zu besuchen?****Sie haben von diesem Lehrgang erfahren durch**

<input type="checkbox"/> Prospekt	<input type="checkbox"/> Broschüre „Bildungsprogramm der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft“
<input type="checkbox"/> KollegInnen	<input type="checkbox"/> Medienbericht
<input type="checkbox"/> Ihre/n ArbeitgeberIn	<input type="checkbox"/> Sonstige:

*(Wir freuen uns, wenn Sie mit Ihrer Anmeldung auch das ausgefüllte Formular „Interessen und Lernziele“ mitschicken.)***Sie erhalten bis ca. Mitte Dezember 2016 eine Verständigung,  
ob Sie in den Lehrgang aufgenommen werden oder nicht.**