

An die zentrale KAS – Beauftragte für Azubis in der Pflege

Frau Esther Reinert

FAX: 22545

Die Auszubildende/der Auszubildende

Name:

Vorname:

Kürzel:

Ausbildungsbeginn:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

hat ihren/seinen Ausbildungsort gewechselt.

Vorhergehende Klinik/ Fachabteilung:

Station:

von

bis

Neue Klinik/ Fachabteilung:

Station:

von

bis

Wir bitten Sie, den KAS-Zugang für die/den o.g. Auszubildende(n) zu ändern.

Stempel (Ausbildungszentrum ODER neue Station)

Unterschrift Ausbildungszentrum / Stationsleitung neue Station

Datum und Unterschrift der/des Auszubildenden:

Telefonnummer für Rückfragen: 22183