

# Anmeldung zum Arbeitskollegenseminar

Reha-Zentrum für Hörgeschädigte  
Johannes-Wilhelm-Geiger-Weg 8

**24768 Rendsburg**

Telefon 0 43 31 / 5897-0  
Telefax 0 43 31 / 5897-45  
E-Mail: info@hoergeschaedigt.de

**Seminartermin:**

Beginn: .....

Ende: .....

**Arbeitgeber/in:** .....

Anschrift: ..... Telefon: .....

PLZ/Ort: ..... Telefax: .....

Ansprechpartner/in: .....

**Zuständiges Integrationsamt / Kostenträger:** .....

Anschrift: ..... Telefon: .....

PLZ/Ort: ..... Telefax: .....

Ansprechpartner/in: .....

**Besondere Anmerkungen:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Für das oben genannte Seminar melden wir folgende Teilnehmer/innen an:

**Seminarteilnehmer/in**

Name: ..... Geburtsname: .....  
Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Anschrift: ..... PLZ/Ort: .....  
Telefon: ..... Telefax: .....  
E-Mail: .....

**Hörstatus**

- hörend
- mittelgradig schwerhörig
- hochgradig schwerhörig
- ertaubt
- von Geburt an gehörlos

**Seminarteilnehmer/in**

Name: ..... Geburtsname: .....  
Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Anschrift: ..... PLZ/Ort: .....  
Telefon: ..... Telefax: .....  
E-Mail: .....

**Hörstatus**

- hörend
- mittelgradig schwerhörig
- hochgradig schwerhörig
- ertaubt
- von Geburt an gehörlos

**Seminarteilnehmer/in**

Name: ..... Geburtsname: .....  
Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Anschrift: ..... PLZ/Ort: .....  
Telefon: ..... Telefax: .....  
E-Mail: .....

**Hörstatus**

- hörend
- mittelgradig schwerhörig
- hochgradig schwerhörig
- ertaubt
- von Geburt an gehörlos

Datum: ..... Unterschrift: .....