

ANMELDEFORMULAR

Kurstitel und Datum: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer _____

E-Mail: _____

Bitte erzählen Sie uns etwas über Ihre Englischkenntnisse:

Wann haben Sie zuletzt Englisch gelernt? _____

Wie viele Jahre hatten Sie Englischunterricht insgesamt? _____

Haben Sie in den letzten Jahren Gelegenheiten gehabt Englisch zu hören und zu sprechen? Wann und wo?

Wie oft haben Sie Kontakt mit englischsprachigen Patienten?
() fast täglich, () jede Woche, () einmal im Monat, () selten

Was ist Ihr Beruf? Wo arbeiten Sie? (Institution / Abteilung oder Station)

Datum: _____ Ort _____

Unterschrift: _____

Bitte per Post zurücksenden:
CCHC / Yvonne Ford
Darmstädter Landstr. 109
60598 Frankfurt



**CENTRE FOR
COMMUNICATION IN HEALTH CARE**

Yvonne Ford · Darmstädter Landstr. 109 · 60598 Frankfurt/Main · www.cchc.de