

# Förderprogramm Klinikstudent am Krankenhaus St. Josef, Schweinfurt



## Bewerbungsformular

Für das o.a. Förderprogramm bewirbt sich:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Abitur

(Die Kopie des Abiturzeugnisses ist der Bewerbung beizufügen.)

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_

### Studium:

(Die Kopie der Immatrikulationsbescheinigung ist der Bewerbung beizufügen.)

Beginn: \_\_\_\_\_

Name der Universität: \_\_\_\_\_

Geplantes Ende: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Vorstellungen  
zur Fachrichtung? \_\_\_\_\_

Bereits absolvierte Nachweise / Praktika / Famula in medizinischen Einrichtungen:

	Dauer	Name der Einrichtung	Klinik / Station / Abteilung
1			
2			
3			
4			

## Bewerbungsformular



### Für das Förderprogramm Klinikstudent am Krankenhaus St. Josef, Schweinfurt

#### Bezug zur Region

Welchen Bezug haben Sie zur Region Schweinfurt?

---

---

---

#### Motivation

Warum bewerben Sie sich für das Förderprogramm?

---

---

---

---

#### Angaben zum Bewerber

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
Bankverbindung IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

#### Anschrift am Studienort (falls von o.g. Anschrift abweichend)

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift Bewerberin / Bewerber