

Masterstudiengang Hospital Management, c/o Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
UKSH, Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, Haus 9 - 24105 Kiel

Anmeldeformular

Masterstudiengang Medizin im Krankenhausmanagement

Ich melde mich für die Zulassung zum Studium des Masterstudienganges Medizin im Krankenhausmanagement an (18 Monate berufsbegleitend)			
Ort, Datum:		Unterschrift:	
Persönliche Daten			
Name	Vorname		Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer		Staat	
PLZ, Ort			
Nationalität		Geburtsort	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Zeitpunkt Ihres geplanten Studienanfangs <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018	Muttersprache	
Telefon tagsüber / mobil	E-Mail-Adresse		
Schulbildung			
Name der Institution	Abschlusstyp	Abschlussjahr	Durchschnittsnote
<i>Bitte fügen Sie Ihrer Anmeldung die Hochschulzugangsberechtigung (z.B. Abitur) in Kopie bei.</i>			

