

Full Name: (Vor- und Nachname)
Home Address: (Adresse)
Telephone Number: (Telefonnummer)
Mobile Number: (Handy-Nummer)
Email:
Name and address of hospital/medical establishment at which you are currently employed: (Name Ihres Krankenhauses, in dem Sie zur Zeit angestellt sind)
Date of course you are interested in attending: (Datum des Kurses an dem Sie interessiert sind)
Venue of course you are interested in attending: (Ort des Kurses an dem Sie interessiert sind)
Are you a nurse? (Sind Sie eine ex. GKpflegende/-r)
Are you a student nurse? (Sind Sie Auszubildene/-r)
On a scale of 1 – 10 (1 being poor and 10 being very good) What is your current English Language ability (Auf einer Skale von 1-10 – wie schätzen Sie Ihr Englisch ein? – 1= sehr schlecht, 10 = sehr gut)

For course fees and bank details please contact: sabine@englishfornurses.org or call Sabine on : 00447900445075

Many thanks!

PLEASE EMAIL COMPLETED FORM BACK, OR PRINT COMPLETE AND SEND TO : 46 Arley Hill, Cotham, Bristol BS6 5PP, United Kingdom

English for Nurses sabine@englishfornurses.org

Tel : 044 (0)117 9042694 or 0044 (0) 7900445075