

# ANSÖKAN OM BIDRAG TILL KURSVISTELSE

## UPPGIFTER OM SÖKANDEN

Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer	E-post	

## ANSÖKAN AVSER VISTELSE PÅ

Anläggning	Tid för vistelsen
Kursbeskrivning	

## VÅRDARE/ASSISTENT/MEDHJÄLPARE/MEDRESENÄR

Namn på eventuell medföljande vårdare/assistent e d
---

Ort och datum
Namnteckning
Namnförtydligande

### Ansökan insändes till:

Jonas Lundgren  
Landstinget i Kalmar län  
Landstingsservice  
Box 601  
391 26 KALMAR

BIFOGA EVENTUELL INBJUDAN  
ELLER ANNAN INFORMATION OM  
KURSEN TILL DENNA ANSÖKAN!