**Zentralgewerbeschule Buchen** FAX: 06281/530100

**Karl-Tschamber-Str. 1** Mail: zgb@zgb-buchen.de

**74722 Buchen**

**Anmeldung zur Berufsschule Datum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melden wir unsere Auszubildende/n für das **Schuljahr 2024/2025** an.

Mit freundlichen Grüßen

|  |
| --- |
| **Absender**: |
| Firma | Name |
| Straße | PLZ und Ort |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | geb. | Beruf |
| PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | geb. | Beruf |
| PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | geb. | Beruf |
| PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | geb. | Beruf |
| PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | geb. | Beruf |
| PLZ | Wohnort | Straße und Hausnummer |