

**Antrag auf Zulassung zum BSIC Pfleger(in)programm
für internationale Bewerber/innen**
波罗的海学院护士项目申请表



1. 个人情况（请按照护照如实填写）			
姓： 名：			
性别	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	出生日期 ___/___/____ (日 / 月 / 19xx)
出生地			
国籍			

2. 通信地址（请用印刷体填写）	
单位名称	
街道 / 楼号	
房间号	
邮编 城市名 / 邮政投递区	
国家	
邮箱	
电话	

3. 学历	
学位	
受教育时间（从小学到初高中）	
自 - 至	

德国境内接受过的大学教育， 进修，实习及职业教育	
机构名称, 学科	
参加过何种考试，获得过何种 毕业证书，未通过的内容也请 注明	

4. 语言技能			
是否学过德语	○是 ○否		
如学过, 请标明授课机构名称			
语言级别		课时	
所获得语言证书的准确名称			
注明获得的时间和地点			
是否参加过德福考试			
是否参加过DSH考试			
其他证明 ○有 具体名称			

我保证, 所有的信息如实完整填写。所要求的材料(证明/公证件)已附带。我同意, 我所提供材料可以进行真实检验。我已获知, 无意或故意的错误的填写是违反条例的并会导致入学许可的废除和撤销。我声明, 我已获知入学许可的相关信息。

地点_____ 时间_____ 签字_____