

Verwaltung

Datum

Straße

Name und Telefon (Vorwahl/Durchwahl) der Sachbearbeitung

PLZ, Ort

E-Mail

**Niedersächsisches Studieninstitut für  
kommunale Verwaltung e. V.  
Wielandstraße 8  
30169 Hannover**

## Anmeldung

### zum Zertifikatskurs Kommunale Bilanzbuchhaltung

Lehrgangsort

Name

Geb.Name

Vorname

Geb.Datum

Geb.Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Private Anschrift

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bzw. Name der zuständigen Sachbearbeitung

Bisheriger beruflicher Werdegang

Art der Tätigkeit	Jahr	ggf. Abschluss
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>