
Schule

Ministerium
für Bildung und Wissenschaft
des Landes Schleswig-Holstein
- III -
Brunswiker Str. 16 - 22
24105 Kiel

Dienstzugangsbestätigung

Name, Vorname :

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Personalnummer:

Amtsbezeichnung:

studierte Fächer:

Tag des Dienstantritts:

Unterschrift der Lehrkraft

Bestätigung der Schulleitung
Kiel, den _____

Sichtvermerk des Schulamtes
Kiel, den _____

Schulleiter / in