

FÖNSTERHANTVERKARE

ANSÖKAN

Namn _____

Personnummer _____ Hemkommun _____

Adress _____

Postadress _____

E-postadress _____

Tel.nummer dagtid _____

Mobilnummer _____

Grundutbildning grundskola gymnasium annat : _____

Yrkesutbildning _____

Arbetserfarenhet _____

Nuläget (arbetsplats, studier, familj) _____

Varför fönsterhantverkare? _____

Datum och underskrift _____

Returnera till:

Pernilla Sjöblom
Byggnadsapoteket
10330 Billnäs

Fax (019) 233 935