**KURSANSÖKAN**

**Hemvärnskurs**

Datum

**BatCh/KompCh (motsv) yttrande \*)**

Tillstyrks

Avstyrks

**Utbildningsgruppens yttrande \*)**

Prioritetsordning (t ex 01/51/91)

**Antagningsbeslut**

Antagen till sökt kurs

Kursen fulltecknad

Ej antagen

**Kursredovisning**

Sökt kurs genomförd

Omdöme

Underskrift av kurschef

Återbud

Uteblivit

Befattning

Namnförtydligande

Kommentarer

Underskrift

Befattning

Namnförtydligande

Tillstyrks

Avstyrks

Kommentarer

Befattning

Namnförtydligande

*Ansökan insändes till egen Utbildningsgrupp som,*

*om den tillstyrks, översänder anmälan till utbildnings-*

*samordnare vid förband/skola/organisation senast*

*10 veckor före kursstart.*

**Personuppgifter**

Efternamn och förnamn \*)

Personnummer \*)

Utdelningsadress (gata, box ed) \*)

Telefonnummer (inkl riktnr) \*)

Postnummer \*)

Postort \*)

E-postadress \*)

Nuvarande befattning i Hemvärnet \*)

Mobilnummer \*)

Förordnad år \*)

Avses tillträda i befattning \*)

År \*)

**Övriga upplysningar**

**Den sökandes friskförklaring**

Jag anser mig vara fullt frisk och i sådan kondition att jag kan

genomföra den kurs jag sökt



*\*) Obligatoriska uppgifter*

Utbildningsgrupp motsvarande \*)

Anställningsnummer i PRIO \*)

**Specialkost**

Finns behov av specialkost? \*)

Nej

Ja

Om "ja" ange vad vid

"övriga upplysningar"

**Sökt utbildning**

Kurs \*)

Kursdatum \*)

Vecka\*)

Kurskod PRIO \*)

År

Förband (motsv)

Befattning

**Militär grundutbildning \*)**

GU

GMU

GU-F

Kombattant

Icke kombattant

År

Förband (motsv)

Befattning

**Militär befälsutbildning** \*)

GB

OF/K

OF/T

Grad

Förarbevis

**Färdighet** \*)

AK

Pistol

Kompetensprov vapen

Skyddsvakt

Ja

Minibuss

MBSprint HV

År

År

Tom år

OR/K

KMU

PB

KB

Grg utb

OR/T

**M7102-821330E** Utgåva 3 (Hemvärnet) 2015-08

©blankettkontoret-fmlog@mil.se

Grad \*)

Ja

År

Passnr vid ansökan utländska kurser \*)

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]

  [ ]