

Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

<p>Name des Mitgliedsbetriebes _____</p> <p>Straße / Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p>	<p>Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)</p> <p>Unfallkasse Sachsen-Anhalt</p> <p>Aktenzeichen: 618.62 / 63</p>
--	---

Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.
Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung
durch die
Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Tätigkeit	Unterschrift	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

<p>abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular _____</p> <p>Kennziffer der Ausbildungsstelle _____</p> <p>Registriernummer des Lehrgangs _____</p> <p>Ort, Datum _____</p>	<p>Datum des Lehrgangs _____</p> <p>Name der Lehrkraft _____</p> <p>Ort des Lehrgangs _____</p> <p>Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle _____</p>
--	--