

Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

| | | |
|------------------------------|--|---------------------------------------|
| Name des Mitgliedsbetriebes | Zuständiger Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse) | |
| Straße / Hausnummer | | Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer |
| PLZ Ort | | |

| Teilnahmeliste | | | Bestätigung durch die Ausbildungsstelle |
|--|--------------|--------------|---|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen. Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen. | | | |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | 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 | |
| abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular | Datum des Lehrgangs |
| Kennziffer der Ausbildungsstelle | Name der Lehrkraft |
| Registriernummer des Lehrgangs | Ort des Lehrgangs |
| Ort, Datum | Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle |