

Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Anschrift des Mitgliedsbetriebes

Strasse _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Zuständiger Unfallversicherungsträger:
(Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer:

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 | 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 _____