

# 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) Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, 4020201,34105 Kassel</p> <p>Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer _____</p>
--	--

<b>Teilnahmeliste</b>			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	. .		

<b>Bestätigung durch das Unternehmen</b>	
Ort, Datum	Stempel, Unterschrift des Unternehmens

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
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