

# Anmeldeformular

Ausbildung

Fortbildung

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

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

| <b>Teilnahmeliste</b>  |              |              | Bestätigung<br>durch die<br>Ausbildungsstelle |
|--|--------------|--------------|---|
| Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.<br>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 |