

# 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 \_\_\_\_\_