

# Formular für die Anmeldung und Bestätigung der Teilnehmer an der Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer

Anschrift der ausbildenden Stelle  <b>Erste Hilfe Trainings Center Ostholstein</b> <b>Knickrehm 14</b> <b>23611 Bad Schwartau</b> <b>Tel: 0451 / 37027 86</b> <b>Fax: 0451 / 3702784</b>
--

Anschrift des Unternehmens      
--

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe  Ausbildung  Fortbildung

Teilnehmer: Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Zuständiger Unfallversicherungsträger	Mitglieds-Nr. des Unternehmens
Datum	Stempel, Unterschrift des Unternehmens

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
Kennziffer der Ausbildungsstelle ( <a href="http://www.bg-gseh.de">www.bg-gseh.de</a> ) <b>8.0281</b>	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom-bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes <b>Dr. med. Norbert Rosenthal</b>	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____	
(Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)	