

Bescheinigung für die Teilnahme

an dem Lehrgang

„Fachzertifikat – Ambulantes Operieren“

Hiermit bestätigen wir, dass Herr/Frau

Name, Vorname des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Eine mindestens 12-monatige Berufserfahrung im Bereich „Ambulantes Operieren“ besitzt.

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Praxisstempel

Bitte senden Sie dieses Formular im Original und vor Lehrgangsbeginn an:

Bildungswerk für Gesundheitsberufe e.V. Falderbaumstraße 16a 34123 Kassel.