

Bescheinigung für die Teilnahme

an dem Seminar

„Azubi-Spezial“

Hiermit bestätigen wir, dass Herr/Frau

Name, Vorname des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Auszubildende(r) in unserer Praxis/Klinik ist.

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers

Praxisstempel

Bitte senden Sie dieses Formular vor Seminarbeginn an:

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

E-Mail: anne.gerlach@bildungswerk-gesundheit.de