

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

Anschrift der ausbildenden Stelle

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

Bestätigung durch die Ausbildungsstelle	
Kennziffer der Ausbildungsstelle (www.dguv.de/fb-ersthilfe) 8.0866	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom - bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes Dr.med.S.Lange	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____ (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)	