

## 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

<b>Bestätigung durch die Ausbildungsstelle</b>	
Kennziffer der Ausbildungsstelle ( <a href="http://www.dguv.de/fb-ersthilfe">www.dguv.de/fb-ersthilfe</a> ) <b>8.0866</b>	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom - bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes <b>Dr.med.S.Lange</b>	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____ <span style="float: right;">(Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)</span>	