

# Anmeldeformular

## Aus- und Fortbildung für betriebliche Ersthelfer und Ersthelferinnen

Ausbildung

Fortbildung

Erste Hilfe in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen

Name des Mitgliedsbetriebes  
**Fa. MUSTERMANN**

Straße / Hausnummer  
**MUSTERSTRAÙE 1**

PLZ Ort  
**12345 MUSTERSTADT**

Zuständiger Unfallversicherungsträger  
 (Berufsgenossenschaft, Unfallkasse)  
**BG ... (NAME UND ORT)**

Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer  
**1234.5678**

### Teilnahmeliste

Die Teilnahmeliste ist vom Unternehmen auszufüllen.  
 Die Teilnahme ist von den Teilnehmenden am Tag des Kurses durch Unterschrift zu bestätigen.

Bestätigung  
 durch die  
 Ausbildungsstelle

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift	
1	<b>MUSTER, MAX</b>	<b>01 . 01 . 2018</b>	<b>[Redacted]</b>	<input type="checkbox"/>
2	<b>MUSTER, MARIE</b>	<b>01 . 01 . 2017</b>	<b>[Redacted]</b>	<input type="checkbox"/>
3		. .		<input type="checkbox"/>
4		. .		<input type="checkbox"/>
5		. .		<input type="checkbox"/>
6		. .		<input type="checkbox"/>
7		. .		<input type="checkbox"/>
8		. .		<input type="checkbox"/>
9		. .		<input type="checkbox"/>
10		. .		<input type="checkbox"/>

### Bestätigung durch das Unternehmen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Unternehmens



### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

abrechenbare Teilnehmeranzahl auf diesem Formular	Datum des Lehrgangs
Kennziffer der Ausbildungsstelle	Name der Lehrkraft
Registriernummer des Lehrgangs	Ort des Lehrgangs
Ort, Datum	Anschrift, Unterschrift der Ausbildungsstelle