



ANLAGE ZUR ANMELDUNG FÜR DIE ABSCHLUSSPRÜFUNG

IM AUSBILDUNGSBERUF KAUFMANN/- FRAU IM GESUNDHEITSWESEN

Name, Vorname des Auszubildenden: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Bitte kreuzen Sie auf der nachstehenden Liste die Sparte bzw. den betrieblichen Ausbildungsschwerpunkt an.

- Krankenhaus
- Krankenkasse
- Organisationen, Verbände
- Pflege-, Vorsorge-, Rehaeinrichtungen
- Arztpraxen, Rettungsdienste

Kopieren Sie sich den eingereichten Abfragebogen bitte für Ihre Unterlagen.
Diese Erklärung ist verbindlich und kann nachträglich nicht geändert werden!

Ort, Datum

Unterschrift des Ausbilders/Ausbilderin

Unterschrift des Auszubildenden