

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

Anschrift der ausbildenden Stelle Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Kassel Wolfhagen e. V. Königstor 24 34117 Kassel

Anschrift des Unternehmens

Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe Ausbildung Fortbildung

	Teilnehmer: Name, Vorname	Geb. Datum	Bereich (z.B. freiwillige Feuerwehr, Kindergarten, Verwaltung, Bauhof)	Unterschrift	Lehrgangunterlagen „Erste Hilfe“ erhalten
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.bg-gseh.de) 30623	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom- bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes Matthias Knappe	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum _____ (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)	