

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

Anschrift der ausbildenden Stelle Malteser Hilfsdienst e.V. Trier Diözesangeschäftsstelle Thebäerstr. 44 54292 Trier
--

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) 5.5071	Registriernummer der Veranstaltung (sofern vergeben)
Zeitraum der Ausbildung (vom - bis)	Ort der Ausbildung
Name des verantwortlichen Arztes Dr. med. Rainer Löb	Name der Lehrkraft
Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird bestätigt	
Ort, Datum , (Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)	