



# 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