

**Anlage zur Anmeldung für die Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf
"Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen"**

bitte ausfüllen:

Ausbildungsbetrieb/Praktikumsbetrieb:	Prüfungsteilnehmer/-in:
--	--------------------------------

Betrieblicher Ausbildungsgang:

Abteilung / Sortiment / Ausbildungsabschnitt in zeitlicher Reihenfolge: (bitte in Stichworten)	Dauer in Monaten:

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsteilnehmer/-in

*Hinweis: Nicht bzw. unvollständig ausgefüllte
Formulare werden unverzüglich zurückgesandt
und führen zu vermeidbaren Verzögerungen!*

Unterschrift Ausbildender