

Deutsches Rotes Kreuz  
Zentrum Plauen/Vogtland e.V.  
Aus- und Fortbildung  
Kurze Straße 18 - 20  
08529 Plauen

(Anschrift der ausbildenden Stelle)

(Anschrift des Unternehmens)

**Anmeldung und Teilnahmebestätigung für Erste Hilfe**    Ausbildung    Fortbildung

	Teilnehmer: Name, Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift (bei Lehrgangsbeginn)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

.....  
(Zuständiger Unfallversicherungsträger)

.....  
(Mitgliedsnummer des Unternehmens)

.....  
(Datum)

.....  
(Stempel und Unterschrift des Unternehmens)

### Bestätigung durch die Ausbildungsstelle

Kennziffer der Ausbildungsstelle

Registriernummer der Veranstaltung

Zeitraum der Ausbildung

Ort der Ausbildung

Name des verantwortlichen Arztes

Name der Lehrkraft

Die ordnungsgemäße Teilnahme an der Aus- bzw. Fortbildung für betriebliche Ersthelfer wird betätigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
(Stempel, Unterschrift der ausbildenden Stelle)