



Kostenübernahme

Hiermit wird bestätigt, dass die

Einrichtung _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Ansprechpartner _____
Telefon _____
EMail _____

die Kosten der „Fachweiterbildung Psychiatrie“ für den kommenden Kurs
beginnend ab dem 15. Mai 2023

für den/die

Teilnehmer/in _____

übernimmt.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte die Kostenübernahme der Anmeldung des Teilnehmers beifügen.