



---

**ST. ELISABETH AKADEMIE**  
BILDUNG, DIE SINN MACHT.

**Kostenübernahme**

Hiermit wird bestätigt, dass die

Einrichtung  
(bitte ausfüllen): \_\_\_\_\_

die Kosten des Spezialisierungsmoduls:

(bitte ausfüllen): \_\_\_\_\_

im Rahmen der Fachweiterbildung psychische Gesundheit für das o.g. Modul  
beginnend ab \_\_\_\_\_

für den/die

TeilnehmerIn  
(bitte ausfüllen): \_\_\_\_\_

übernimmt.

Datum:

---

Unterschrift und Stempel

*Bitte die Kostenübernahme bei der Anmeldung des Teilnehmers beifügen*