



Ersthelfer-Fortbildung in Schulen

Antrag auf Kostenübernahme

Mitglieds-Nr.:

**Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Oldenburg
Fachbereich Prävention
Frau Mirek
Gartenstraße 9
26122 Oldenburg**

Absender (Stempel):

Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

<p style="text-align: center;">Gewünschte Teilnehmerzahl</p> <p>Lehrkräfte: <input type="checkbox"/></p> <p>Pädagogisches Personal: <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges Personal: <input type="checkbox"/> <i>Angabe der Berufsbezeichnung:</i></p>	<p>Der Kurs wird durchgeführt von JUH <input type="checkbox"/> DRK <input type="checkbox"/> MHD <input type="checkbox"/> DLRG <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/></p> <p>Andere ermächtigte Stelle: Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Tel.:</p> <p>Kurstermin: <i>(falls bereits bekannt)</i></p>
---	--

<p>Ort:</p>	<p>Datum:</p>	<p>Unterschrift <i>(Schulleiter/in oder beauftragte Person der Einrichtung)</i></p>
-------------	---------------	---