



| KOSTENÜBERNAHME

Hiermit wird bestätigt, dass die Einrichtung

(bitte ausfüllen)

die Kosten der „Praxisanleiter/in in der Pflege“ für den kommenden Kurs beginnend ab

(bitte ausfüllen)

für den/die TeilnehmerIn

(bitte ausfüllen)

übernimmt.

(Datum)

(Unterschrift und Stempel)

