



Zertifikats-Anforderung für die Inhouse-Schulung „Clean working“

Ausbilder:

Lehrer (Name, Vorname)

Mitgliedsnummer

Adresse

Apotheke/Name des Krankenhauses

Trainingstag

Ausgebildete Personen:

Name, Vorname

Geburtstag

Name, Vorname

Geburtstag

Name, Vorname

Geburtstag

Name, Vorname

Geburtstag

Name, Vorname

Geburtstag

Name, Vorname

Geburtstag

Wir bestätigen, dass die Ausbildung
durchgeführt wurde

Datum, Firmenstempel, Unterschrift