

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

### Ausbilder:

\_\_\_\_\_  
Lehrer (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Apotheke/Name des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

\_\_\_\_\_  
Trainingstag

\_\_\_\_\_  
Adresse

### Ausgebildete Personen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Wir bestätigen, dass die Ausbildung  
durchgeführt wurde

\_\_\_\_\_  
Datum, Firmenstempel, Unterschrift

per Fax an: 040/79 14 36 01