

Deutsches Rotes Kreuz  
Landesverband Nordrhein e.V.  
Breitenausbildung  
Kranzbruchstraße 10  
52152 Simmerath

## Nachweis über die Mitwirkung bei einem Fachlehrgang Sanitätsdienst

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir die Mitwirkung während eines Fachlehrgangs Sanitätsdienst (min. 48 UE) für \_\_\_\_\_.

### Personaldaten

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

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Lehrgang: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ unter der Leitung von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
(Ausbildungsleiter)