



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

Per Fax an 040 / 791 43 601