



ST. ELISABETH AKADEMIE

BILDUNG, DIE SINN MACHT.

Kostenübernahme

Hiermit wird bestätigt, dass die

Einrichtung
(bitte ausfüllen): _____

die Kosten des Wahlpflichtmoduls:

(bitte ausfüllen): _____

im Rahmen der Fachweiterbildung Psychiatrie für das o.g. Modul

beginnend ab _____

für den/die

TeilnehmerIn
(bitte ausfüllen): _____

übernimmt.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel

Bitte die Kostenübernahme bei der Anmeldung des Teilnehmers beifügen