



## Kostenübernahme

Hiermit wird bestätigt, dass die

Einrichtung  
(bitte ausfüllen): \_\_\_\_\_

die Kosten der Fachweiterbildung zur Pflegefachkraft Psychische Gesundheit für den  
kommenden

Kurs beginnend ab \_\_\_\_\_

für den/die

TeilnehmerIn  
(bitte ausfüllen): \_\_\_\_\_

übernimmt.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel

Bitte die Kostenübernahme bei der Anmeldung des Teilnehmers beifügen