

Ergänzende Pflichtangaben betriebliche Umschulung			
1. Angaben zum/zur Umschüler/in			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
2. Angaben zur Umschulungsstätte			
Name der Einrichtung			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Fachrichtung			
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt			
3. Angaben zur Anzahl der in der Umschulungsstätte tätigen Personen			
Anzahl Auszubildende			
Anzahl Umschüler (einschließlich Neueinstellung)			
Sonstige (z. B. Praktikanten)			
Medizinisches Personal / Assistenzpersonal	Anzahl Vollzeit	Anzahl Teilzeit	Summe Stunden
Ärzte/Ärztinnen			
Arzthelfer/in, Medizinische/r Fachangestellte/r			
Gesundheits-/Kinder-Krankenpfleger/in			
Sonstige (bitte benennen):			
Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt.			
<div style="border: 1px solid gray; width: 200px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Stempel der Umschulungsstätte</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ort, Datum		
	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Akad. Grad / Name / Vorname / Unterschrift verantwortliche/r Arzt/Ärztin		