



CANON MEDICAL SYSTEMS GMBH

DIENSTHERRRENGENEHMIGUNG

Genehmigung der medizinischen Einrichtung (Dienstherr/Arbeitgeber/Verwaltung)

Erklärung der [Name der medizinischen Einrichtung]

Wir haben das an Frau / Herrn _____ gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.

Vor- und Nachname

Wir sind einverstanden, dass Frau / Herr _____ im Rahmen der Dienstausbübung für unsere

Vor- und Nachname

Einrichtung an der Veranstaltung „CANON Night of Innovation“ in Leipzig am 31.05.2019 teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben:

Funktion:

Ort:

Unterschrift:
