

## **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 dem Workshop „CT Workshop Modul II“ am 31.01. - 01.02.2020 in Neuss teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_