

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 Seminar CEUS in Dresden IX, vom 17.-18.09.2021 in Dresden teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____