

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 Dienstaussübung für unsere
(Vor- und Nachname)

Einrichtung an dem 4. Anwenderseminar „Allerlei in Leipzig“ / Muskel- und Nervensonografie in Leipzig am
02.-03.09.2022 teilnehmen wird.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift / Stempel: _____