

DIENSTHERRRENGENEHMIGUNG**Genehmigung der medizinischen Einrichtung (Dienstherr/Arbeitgeber/Verwaltung)**

Erklärung der [Name der medizinischen Einrichtung]

Wir haben das an Frau / Herrn _____
Vor- und Nachname
gerichtete Schreiben zur Kenntnis genommen.

Wir sind einverstanden, dass Frau / Herrn _____
Vor- und Nachname

im Rahmen der Dienstausbübung für unsere Einrichtung an der Veranstaltung

- First-Line-Schulung für Krankenhaustechniker
am 14.+15.05.2025

teilnimmt.

Die Kosten für die Veranstaltung (Bewirtung, Teilnahmegebühr) werden durch die 1.250,00 Euro abgedeckt.

Name in Druckbuchstaben: _____

Funktion: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____

FRM-3168 [01]