



## Antrag auf Unterstützung zur Weiterbildung Palliative Patienten-Hilfe

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Strasse, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Funktion/Einsatzbereich</b>	
<b>Arbeitgeber</b>	

**Kurze Beschreibung der Weiterbildungsmaßnahme (ggf. Unterlagen beifügen) und wo und wie dieser Lehrstoff zum Einsatz kommt:**

--

**Bestätigung der eigen zu tragenden Kosten (bitte Kostenabrechnung beifügen):**

--

Hiermit beantrage ich eine Unterstützung meiner Weiterbildung im Bereich der Palliativen Patienten-Hilfe und würde mich freuen, wenn Sie mir auf mein Konto Nr.: ....., Bankleitzahl: ..... oder IBAN: ..... bei (Kreditinstitut) ..... eine Zuwendung zukommen ließen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers  
wegen Bestätigung der Richtigkeit

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vorstandes  
Genehmigung in der letzten Vorstandssitzung

Bestätigungsschreiben an Antragssteller am ..... erl. .... (Hdz.)