



Nachweis

QUALIPass

Herr / Frau _____ hat in unserem Verein,
unserer Einrichtung, unserem Betrieb eine Schulung absolviert.

Dauer/ Umfang: _____

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Titel und Inhalt der Schulung:

Ort/ Datum

Stempel

Unterschrift
