

Angaben zur Kostenübernahme im Rahmen der Ausbildung Pflege HF

Studierende:r	
Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Betrieb	
Name des Ausbildungsbetriebs	

Kostenübernahme		
Anmeldegebühr	<input type="checkbox"/> Betrieb	<input type="checkbox"/> Studierende:r
Studiengebühr	<input type="checkbox"/> Betrieb	<input type="checkbox"/> Studierende:r
Diplomprüfungsgebühr	<input type="checkbox"/> Betrieb	<input type="checkbox"/> Studierende:r
Diplomregistrierung	<input type="checkbox"/> Betrieb	<input type="checkbox"/> Studierende:r
LTT (Lern-Transfer-Trainings)	<input type="checkbox"/> Betrieb	<input type="checkbox"/> Studierende:r

Mit dem Hochladen des ausgefüllten Dokuments bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben in Absprache mit meinem Betrieb vereinbart wurden.