|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller/-in: | Maßnahmethema: |
| **Teilnehmerliste**  **(pro Maßnahme nur eine Teilnehmerliste im Original einreichen)** | Maßnahmedatum:  Maßnahmeort:       Laufende Nummer der Maßnahme laut Antrag: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | **Tätig in Bayern in der Altenpflege**  Vorname, Nachname in Druckbuchstaben | Postleitzahl | Dienstort | Bitte Zutreffendes ankreuzen | | | | |
| **Hier 1 Kreuz tätig in der Altenpflege als** | | | | | Unterschrift |
| Pflege- Fachkraft | Pflege-Hilfskraft | Ehrenamtliche | Ange-  hörige | Betreu- ungskraft nach  § 53b SGB XI |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd. Nr. | **Tätig in Bayern in der**  **Altenpflege**  Vorname, Nachname in Druckbuchstaben | Postleitzahl | Dienstort | Bitte Zutreffendes ankreuzen | | | | | Lfd. Nr. |
| **Hier 1 Kreuz tätig in der Altenpflege als** | | | | | Unterschrift |
| Pflege- Fachkraft | Pflege-Hilfskraft | Ehrenamtliche | Angehö- rige | Betreu- ungskraft nach  § 53b SGB XI |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |