

Meldung der Abschlussprüfungen gem. GFBWGDVO (bitte alle Felder vollständig und leserlich ausfüllen)

Weiterbildungsstätte			
WBS-Nr. <small>(falls bekannt)</small>			
Weiterbildung			
Leiter der Weiterbildung <small>(wenn abweichend zu 1.1)</small>			
Start der Weiterbildung		Ende der Weiterbildung	

1 Prüfungsausschuss

1.1 Vorsitzendes Mitglied gem. § 4 (2) Nr. 1 GFBWBG

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel		
Name		Vorname		
Telefon		E-Mailadresse		

1.2 Vertreter

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel		
Name		Vorname		
Telefon		E-Mailadresse		

1.3 Mindestens 3 an der Weiterbildungsstätte tätige Lehrkräfte gem. § 4 (2) Nr. 3 GFBWBG (ohne Nennung der Stellvertreter)

Name	Vorname	Name	Vorname

1.4 Eine von der Landespflegekammer bestimmte Person gem. § 4 (2) Nr. 2 GFBWBG (wird von der Landespflegekammer ausgefüllt)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel	
Name		Vorname	
Weiterbildungsstätte			
Telefon		E-Mailadresse	
		Mitglieds-Nr.	

Prüfungsdaten (bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben)

Schriftlich (Klausur)			
Bearbeitungszeitraum der Abschlussarbeit		bis	
Praktisch (Zeitraum)		bis	
mündlich			

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Privatadresse	Name und Anschrift des Arbeitgebers <small>(wenn Mitglied-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
1	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
2	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
3	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
4	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
5	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
6	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
7	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						

		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Privatadresse	Name und Anschrift des Arbeitgebers <small>(wenn Mitglied-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
8	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
9	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
10	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
11	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
12	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
13	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
14	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
15	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						

		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Privatadresse	Name und Anschrift des Arbeitgebers <small>(wenn Mitglied-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
16	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
17	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
18	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
19	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
20	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
21	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
22	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
23	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						

		Mitglieds-Nr. der Landes- pflegekammer	Name	Vorname	Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Privatadresse	Name und Anschrift des Arbeitgebers <small>(wenn Mitglied-Nr. der Landespflegekammer nicht bekannt)</small>
24	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						
25	<input type="checkbox"/> Frau						
	<input type="checkbox"/> Herr						

--	--

Ort

Datum

Unterschrift Prüfungsvorsitzende/r

Stempel der Weiterbildungsstätte