

Ausbildungsbuch

für das MS Specialist-Zertifikat des KKNMS

von

Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r



! Bitte beachten Sie die Checkliste für den MS Specialist unter <https://www.kompetenznetz-multiplesklerose.de/fortbildung/>



Ausbildungszeiten

Hiermit bestätige ich, , dass

<input type="text" value="Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
--	---

<input type="text" value="Anschrift"/>
--

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

<input type="text" value="von"/>	<input type="text" value="Bis"/>
----------------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> ganztägig / <input type="checkbox"/> halbtägig	<input type="text" value="in (Einrichtung/Abteilung)"/>
---	---

<input type="text" value="Unterschrift AusbilderIn"/>	<input type="text" value="Datum"/>
---	------------------------------------

Hiermit bestätige ich, , dass

<input type="text" value="Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
--	---

<input type="text" value="Anschrift"/>
--

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

<input type="text" value="von"/>	<input type="text" value="bis"/>
----------------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/> ganztägig / <input type="checkbox"/> halbtägig	<input type="text" value="in (Einrichtung/Abteilung)"/>
---	---



Unterschrift AusbilderIn

Datum



Fortbildungsnachweis

Ja, ich habe an KKNMS zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen in einem zeitlichen Umfang von 36 h in den letzten 2 Jahren vor Beantragung teilgenommen

(bitte ausfüllen und Nachweise beifügen):

Veranstaltungsdatum | Titel der Veranstaltung
