

Anlage B zum Antrag vom:

*(Für **Fortbildungsmaßnahmen** in stationären, ambulanten und teilstationären Einrichtungen)*

- Fortbildung für Mitarbeitende in stationärer Pflegeeinrichtung (Ziffer 1d)
- Fortbildung für Mitarbeitende in ambulanter Pflegeeinrichtung (Ziffer 1d)
- Fortbildung für Mitarbeitende in teilstationärer Pflegeeinrichtung (Ziffer 1d)

Name der Einrichtung (Angaben bitte nur für jeweils eine Einrichtung:

1. Fortbildungsplanung für das beantragte Jahr (bitte ausfüllen):

Thema	Zielgruppe (Pflegefachkräfte, Pflegehelferin)	Zeitplan	Kosten des Seminars ohne Unter- bringung und Verpflegung	Sonstige Bemerkung

2 Für Anträge aus der ambulanten Pflege:

Anzahl der Vollzeitkräfte zum 01.01. des Jahres:

3. Für Anträge aus der stationären Pflege und teilstationären Pflege:

Anzahl der Plätze zum 01.01. des Jahres:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift