



Antrag zur Teilnahme an Kursen der Internen Weiterbildung (IWB)

Name, Vorname

Personalnummer

Institut/Einrichtung

Telefon

Angaben zu den Weiterbildungskursen der IWB

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Termin

Titel

Ort, Datum

x

Unterschrift Beschäftigte*r

Hinweise: Antrag verbleibt im Institut/in der Einrichtung.

Vom Institut/der Einrichtung auszufüllen:

Teilnahme zur Kenntnis genommen und Einwilligung erteilt

Ort, Datum

Name Leitung

x

Unterschrift Leitung