**Antrag  
Ausbildungsförderbetrag**

**1. Angaben zum mit der Ausbildungsstätte verbundenen Krankenhaus**

Krankenhausbezeichnung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Träger: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Institutionskennzeichen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**2. Angaben zur Ausbildungsstätte**

Bezeichnung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anschrift: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kooperationspartner 1: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kooperationspartner 2: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kooperationspartner 3: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Angaben getrennt nach im Ausbildungsstättenplan ausgewiesenen Ausbildungsstätten:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bezeichnung im Ausbildungsstättenplan** | **Ausbildungsberuf gemäß**  **§ 2 Nr. 1a a) – n) KHG** | **Plätze gem.**  **Ausbildungs-**  **stättenplan**  **(inkl. Reserve)** | **Besetzte Plätze zum 31.12. des Vorjahres** | **davon Kooperations-**  **Partner 1** | **davon**  **Kooperations-**  **Partner 2** | **davon**  **Kooperations-**  **Partner 3** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Wählen Sie ein Element aus. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Die staatliche Anerkennung aller vorgenannten Ausbildungsstätten wird bestätigt.

**3. Sonstige Angaben**

**Kontoverbindung**

Kontoinhaber: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

BIC: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Für die unter Ziffer 2 genannten Ausbildungsstätten beantragen wir erstmalig den Ausbildungsförderbetrag.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum, Antragsteller |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Unterschrift |  |