

Weiterbildungsplan

Weiterzubildende/r:	Ermächtigte/r:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Mitglieds.-Nr.:	Mitglieds.-Nr.:
als Weiterbildungsstätte zugelassene Arbeitsstätte:	als Weiterbildungsstätte zugelassene Arbeitsstätte:

Folgende Kompetenzen sollen im angegebenen Zeitraum vorwiegend erworben werden:

Zeitraum:	Kompetenzen:
1. WB-Jahr	Durch theoretische Weiterbildung: Durch praktische Weiterbildung:

