



\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

\_\_\_\_\_  
Anschrift

## Teilnahmebescheinigung

**Hiermit bestätigen wir gerne, dass**

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname der Teilnehmerin/ des Teilnehmers)

am

**„Tag der Ausbildung“**

am \_\_\_\_\_ in unserem Ausbildungsbetrieb teilgenommen hat.

### Inhalte des Tages der Ausbildung in unserem Unternehmen sind:

(Beispiele: Kennenlernen unserer Ausbildungsberufe, Kennenlernen unseres Unternehmens, Umgang mit bestimmten Materialien)

- 
- 
- 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Firmenstempel

HESSEN



Hessisches Ministerium  
für Wirtschaft, Energie,  
Verkehr und Wohnen



Europäischer Sozialfonds  
Für die Menschen in Hessen



EUROPÄISCHE UNION  
Europäischer Sozialfonds

Qualifizierungsoffensive  
des hessischen Wirtschaftsministeriums  
■■■ Programme zur beruflichen Bildung

Gefördert aus Mitteln des Hessischen Ministeriums für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Wohnen  
und der Europäischen Union – Europäischer Sozialfonds.