**Kreis Minden-Lübbecke**
**Der Landrat**
**Gesundheitsamt**
**Portastr. 13**
**32423 Minden**

**Teilnahmebescheinigung**

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Straße, Wohnort

hat am _____ bzw. vom _____ bis _____ an/am

_____ _____ _____
didaktische Form der Fortbildung der/des Name der / des Anbieters der Fortbildung

_____ Stunden Fortbildung gem. § 7 Hebammenberufsordnung zum Thema _____

mit dem Schwerpunkt: _____

teilgenommen.

_____,_____ _____
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Veranstalters

Diese Veranstaltung wurde von der

☐ Ärztekammer*
☐ Landeshebammenverband / Bundesverband der Hebammen / Hebammenlehranstalt*

am _____ unter der Zertifizierungsnummer _____ anerkannt.
**Zusatz nur für private Anbieter und Krankenhäuser (nicht für Hebammen-Lehranstalten und Hebammenverbände)**

* Diese Veranstaltung wurde vom Gesundheitsamt _____ mit Bescheid vom _____ als Fortbildungsveranstaltung im Sinne des § 7 HebBO anerkannt.

* Bitte zutreffenden Text auswählen.