

Mitteilung über Krankenstand

Angaben zum/zur Auszubildenden	
Name, Vorname	
Ausbildungsberuf	
Klasse	

Informationen zur Arbeitsunfähigkeit		
Arbeitsunfähigkeit/-en	von	bis

Datum

Unterschrift Ausbildungsunternehmen

Stempel des Ausbildungsunternehmens: