|  |
| --- |
| **Fortbildungsfonds von *biomed austria***Antrag auf Förderung einer Fortbildung |
| Name Antragsteller/in |   |
| Adresse Antragsteller/in |   |
| Mitglied im Berufsverband seit 3 Jahren? |   |
| Fortbildungstitel |   |
| Fortbildungstermin | *Bitte das genaue Datum eintragen* |
| Fortbildungsdauer | *Bitte die Beginn- und Endzeiten eintragen sowie die Gesamtdauer abzüglich Pausen* |
| Inhalt der Fortbildung |   |
| Veranstalter/in: |   |
| Adresse des Veranstaltungsorts |   |
| Referent/in |   |
| Teilnahmegebühr |   |
| Voraussetzung für den Besuch der Fortbildung | *z. B. bestimmte Berufserfahrung, besondere Qualifikationen, Vorkenntnisse*  |
| Nutzen für die Anwendung im Arbeitsbereich der/des Antragstellerin/Antragstellers |   |