

An die
Bezirkshauptmannschaft

ANTRAG
auf Ausstellung eines Gesundheits- und Krankenpflegeausweises

Familienname:

Geburtsname:

Vorname:

Datum und Ort der Geburt:

Staatsangehörigkeit:

Berufsbezeichnung:*

Wohnadresse:

Telefon:

Ich beantrage hiermit die Ausstellung eines Berufsausweises für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufes gemäß § 10 Abs 1 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.

Ort , Datum
Unterschrift des (der) Antragsteller(s, in)

*Dipl Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, Dipl Kinderkrankenschwester/-pfleger,
Dipl psych Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, PflegehelferIn