## Sichtvermerke

Name _____

Durch die folgenden Unterschriften wird bestätigt, dass vom Ablauf der Berufsausbildung Kenntnis genommen wurde.

| | Nummern der Ausbildungsnachweise | Datum | Unterschrift |
|---|---|---|---|
| Berufsschule | | | |
| Gesetzliche(r) Vertreter(in) | | | |
| Betriebsrat/Personalrat | | | |
| Andere Sichtvermerke | | | |