Seminarbeschreibung für geeignete Fortbildungen im Rahmen der HebBO NRW
– einmalig stattfindende Fortbildungsveranstaltung –

Veranstalter	Name				
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)				
	Telefon				
	E-Mail				
Ansprechpartner	Name				
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)				
	Telefon				
	E-Mail				
Veranstaltungsort	Straße				
	Postleitzahl				
	Ort				
Datum		Uhrzeit		Fortbildungs- stundenanzahl (à 45 Minuten)	

Thema der Fortbildung	
Inhalte (insbesondere Bezug zur Hebammentätigkeit darstellen)	
Ziele	
Zielgruppe	
Max. Teilnehmerzahl	

Referentin/ Referent	Name	
	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
	Telefon	
	E-Mail	
Qualifikation der/des Referen- tin/Referenten		

Lehr-/Lern- methoden	☐ Vortrag und Diskussion	☐ Seminar	☐ Workshop
	☐ Praktische Übung	☐ Sonstiges:	
Skript/Handout	☐ ja	☐ nein	
Lernerfolgs- kontrolle	☐ ja	☐ nein	
Sonstiges			

Stempel

Datum

Unterschrift

☐ Als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt mit	Stunden à 45 Minuten
☐ Als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt mit	Notfallstunden à 45 Minuten
☐ Nicht als Fortbildung im Rahmen der HebBO NRW anerkannt, weil	
_____	_____
Datum	Unterschrift des Gesundheitsamtes / Untere Gesundheitsbehörde

Hinweis:

Für die Prüfung der Eignung von Fortbildungsveranstaltungen ist nach Tarifstelle 10.3.7 der Allgemein Verwaltungsgebührenordnung des Landes Nordrhein-Westfalen eine Gebühr in Höhe von 25 € festzusetzen.