|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |