

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau

Herr

als

MT-R

Pflegepersonal

in unserem Haus / unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel  
der Klinik / Praxis /  
Organisation \_\_\_\_\_