Bestätigung des Ausbildungsbetriebs

Name des Ausbildungsbetriebs: .....

Adresse / Ort: .....

Name der/des Auszubildenden:.....

Vorname der/des Auszubildenden:.....

Geb.-Datum der/des Auszubildenden:.....

Monatslohn der/des Auszubildenden:
1. Lj: ..... 2. Lj: ..... 3. Lj: ..... 4. Lj: .....

Name der Berufsbildnerin/des Berufsbildners:

.....

Die Berufsbildnerin / der Berufsbildner bestätigt, dass obgenannte/r Auszubildende/r in Ausbildung ist.

Ort und Datum: .....

Stempel Lehrbetrieb/Unterschrift der Berufsbildnerin/des Berufsbildners:

.....

Bitte ausgefüllt **retournieren an**: Amt für Berufsbildung, Kollegiumstrasse 28, Postfach 2193, 6431 Schwyz
oder per Mail an: stipendien.afb@sz.ch