

TEILNEHMERLISTE (FORMBLATT 4)



BISCHÖFLICH
MÜNSTERSCHE
OFFIZIALAT

Träger der Maßnahme	Anschrift (Straße, Ort)	
Thema der Maßnahme	Zeitraum der Maßnahme	

Nr.	Name	Vorname	Wohnort, Straße, Nr.	wohnhaft im Offizialatsbezirk Oldenburg		Alter	L = Leiter R =Referent	Teilnahmebestätigung (eigenhändige Unterschrift)
				Ja	Nein			

Ich bestätige, dass die Maßnahme durchgeführt wurde und die in der Liste aufgeführten Personen teilgenommen haben.

Ort und Datum

Unterschrift der Leiterin/ des Leiters