

## Anmeldung einer ambulanten Ernährungstherapie beim Fachdienst Gesundheit in Jena

Bezeichnung: .....

Anschrift: .....

Geschäftsführer/Inhaber/Träger: .....

.....

Eröffnung/Beginn: .....

Leitung/Verantwortliche(r) (auch i. V.):

.....

.....

Anzahl Mitarbeiter/innen: .....

Sprechzeiten/Öffnungszeiten:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	(Samstag)

(Geplante) Tätigkeitsschwerpunkte:

.....

.....

Datum: .....

Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie(n) der staatlichen Erlaubnis als Diätassistent/in der Therapeuten/innen

wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt:

Registriernummer: .....

Um-/Abmeldung  
am/zum:

.....