



Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

Bestätigung Mitarbeit Kinderschutzfälle

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr _____

an mindestens 10 Kinderschutzfällen mitgearbeitet hat.

Ort, Datum

Name, Vorname, Unterschrift der Einrichtungsleitung