

# REDOVISNING AV GENOMFÖRD LEDARUTBILDNING

Rekvisition av bidrag för utbildningsverksamhet. Blanketten ifylles **digitalt** (skriv ut och skriv under). Skall vara Region Kronoberg tillhanda senast **10 januari** nästkommande år.

Skickas med post till: Region Kronoberg, Kulturstaben, 351 88 Växjö  
eller via e-post till kultur@kronoberg.se

*Obs! Alla kontaktuppgifter är obligatoriska.*

|               |         |                    |                      |
|---------------|---------|--------------------|----------------------|
| Organisation: | Tel:    | Org. nr:           | Bidragsgrundande år: |
| Adress:       | E-post: | Plusgiro/Bankgiro: |                      |

| Kursnr | Kurstid<br>fr o m - t o m | Kursort | Typ av kurs/ämne | Antal deltagare |                     | Totalt antal<br>Deltagar-<br>dagar G län | Antal timmar |              |            |        | Utbildn bidrag<br>kr/dag och<br>deltagare | Regionens<br>noteringar |
|--------|---------------------------|---------|------------------|-----------------|---------------------|------------------------------------------|--------------|--------------|------------|--------|-------------------------------------------|-------------------------|
|        |                           |         |                  | Totalt          | Varav från<br>G-län |                                          | 1:a<br>dag   | Sista<br>dag | Övr<br>dag | Totalt |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        |                                           |                         |
|        |                           |         |                  |                 |                     |                                          |              |              |            |        | Trpt                                      | Trpt                    |

|                                |                    |                     |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| Uppgiftslämnarens underskrift: | Namnförtydligande: | Datum (åååå-mm-dd): |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|