**Handzeichenliste MitarbeiterInnen ABW**

☐ Betreutes Einzelwohnen _____

☐ Therapeutische Wohngemeinschaft _____

Stand: _____/_____

| **Name, Vorname** | **Qualifikation** | Hdz. |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |