
Apothekenstempel

An das
Arbeitsinspektorat

Betrifft:
**Mitteilung gemäß § 3 Abs. 6 Mutterschutzgesetz
über die Schwangerschaft einer Arbeitnehmerin**

Name der Arbeitnehmerin: _____, geboren am _____

Tätigkeit: _____

Arbeitsplatz: _____

Voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Unterschrift des Arbeitgebers