

# TEILNEHMERLISTE ZUR BETRIEBSRATSSITZUNG

**Datum:**

**Uhrzeit:**

**Ort/ Raum:**

Teilnehmer*innen Funktion	Name, Vorname	Teilnahme am TOP	Unterschrift	direkte Teilnahme	Teilnahme per Videocall
Betriebsratsvorsitzende*r				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellvertreter*in BR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protokollführer*in				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>