

Antrag auf Ausstellung eines Praktikumsvertrages

BFS für Pflegehilfe

Klasse:

Name:

Vorname:

Zeitraum des Praktikums:

Fachbereich: Krankenhaus
(bitte zutreffenden Bereich auswählen) stationäre Pflegeeinrichtung
 ambulante Pflegeeinrichtung

Angaben zur Praktikumeinrichtung (evtl. auch Stempel):

Name der Einrichtung:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Fax / E-Mail:

Mentor/in / Praktikumsanleiter/in: Frau Herr

Angaben zum Träger der Praktikumeinrichtung:

Name: (Träger / Verein):

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Ansprechpartner/in & Funktion:

Zusage der Einrichtung am:
Datum / Stempel / Unterschrift

auszufüllen von Freie Schulen Chemnitz der ASG mbH

Kenntnisnahme/ befürwortet:
Praktikumsbetreuer/in bzw. Praktikumskoordinator/in

Von Schüler/in erhalten am: