

Praxisstelle:

An die
Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
- Immatrikulations- und Prüfungsamt -
Brodaer Str. 2
17033 Neubrandenburg

Bescheinigung über das abgeleistete Berufsfeldorientierende Praktikum

Name, Vorname der/des Studierenden:	
Geburtsdatum:	
Dauer des Praktikums (Datum und Wochenanzahl):	von bis Wochen
Fehlzeiten:	

Name und Berufsbezeichnung der/des verantwortlichen Praxisanleiterin/Praxisanleiters:

.....
.....

Aufgabenbereiche und Einsatzgebiete der Praktikantin/des Praktikanten:

.....
.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Stempel der Praxisstelle und Unterschrift der/des Praxisanleiterin/s