Katholische Hospitalvereinigung Weser-Egge

Name der/des Auszubildenden:_____ Kurs:_____

Einsatzort und -form:_____ Einsatzzeitraum:_____

Zu leistende Stunden:_____

Praxisanleitung			
Datum	**Std.**	**Lerngegenstand/Lernsituation**	**Hz.**
Stunden gesamt:			

Durch die nachfolgende Unterschrift werden die praktischen Anleitungssequenzen bestätigt.

Praxisanleiter/-in

Datum/Unterschrift

_____

Auszubildende/r

Datum/Unterschrift

_____