OTH AMBERG – WEIDEN

( Studiengang  )

# PRAKTIKUMSNACHWEIS

**PRAKTIKUMSNACHWEIS** über das

  20

Name / Vorname:

geb. am

Ausbildungsbetrieb / Ort

**1. Dauer des Praktikums:**

Von       bis

**2. Unterbrechungen** ( Krankheit, Betriebsferien, usw. )

von       bis       Grund

von       bis       Grund

von       bis       Grund

von       bis       Grund

     , den

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

 ( Unterschrift ) ( Firmenstempel )