

Praktikumsvereinbarung: Fachmaturität Gesundheit

Praktikum

Institution

Institutionsleitung

Name, Vorname der Ansprechperson (Praktikumsleitung)

Adresse der Institution : Strasse, Nr., PLZ, Ort

Telefon Geschäft, Mail-Adresse

Telefon Privat, Natel

Praktikant/in

Name, Vorname, Klasse

Adresse, PLZ, Wohnort

Dauer des Praktikums

gemäss Praktikumsvertrag: von _____ bis _____

Art des Praktikums

gemäss Praktikumsvertrag Institution/PraktikantIn

Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift PraktikantIn

Unterschrift Leitung Institution

Bitte diese Vereinbarung der Fachmaturitätsschule FMS, Kriegackerstrasse 30, 4132 Muttenz zustellen. Danke