

Praktikumsvereinbarung: Fachmaturität Gesundheit

Praktikumsstelle

Institution

Adresse der Institution : Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Name, Vorname der Betreuungsperson

Telefon, Mail-Adresse der Betreuungsperson

Praktikant/in

Name, Vorname, Klasse

Dauer des Praktikums

gemäss Praktikumsvertrag: von

bis

Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift PraktikantIn

Unterschrift Institution

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