

QUALIPass

Zertifikat für Schulungen

Nachweis Certificate

Name

hat in unserem Verein, unserer Einrichtung,
unserem Betrieb eine Schulung absolviert.

*Mr. / Ms. ... finished a training in our facility /
organisation / company / school.*

Praxisstelle

Facility/organisation/company

Anschrift

Address

Dauer und Zeitumfang der Schulung

Duration of the training

Telefon

Telephone

Titel und Inhalt der Schulung

Training focus

Seminarbetreuer:in

Supervisor

Ort / Datum

Unterschrift

HIER KLICKEN
UND EIGENES
LOGO
EINFÜGEN