QUALIpass

Zertifikat für ein Praktikum

Nachweis Certificate

Name

hat in unserer Einrichtung, in unserem Betrieb ein Praktikum absolviert.

completed an internship at our institution/ organization.

Praxisstelle

Facility/organisation/company

Anschrift
Adress

Dauer und Zeitumfang der Tätigkeit
Duration of activity

Telefon
Telephone

Tätigkeitsschwerpunkt

Work focus

Wahrgenommene Stärken

Strengths

Praxisbetreuer:in

Supervisor

Ort / Datum

Unterschrift

HIER KLICKEN UND EIGENES LOGO EINFÜGEN