

Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung

Name, Vorname	Telefonnummer
Geburtsdatum	Geburtsort
PLZ	Wohnort
Straße	

absolvierte entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für

Physiotherapeuten

Masseure und medizinische Bademeister

Ergotherapeuten

vom _____ bis _____

die festgelegte praktische Ausbildung im Fachgebiet

Fehltag(e) _____

vom _____ bis _____

wegen _____

Regelung bei Fehlzeiten im Praktikum

Alle Fehlzeiten müssen nachgeholt werden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

Diese Bescheinigung kann durch die Einrichtung erst nach Ableistung der praktischen Ausbildung ausgestellt werden und ist im Original dem Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung beizufügen.