Berufliche Oberschule Würzburg
Staatliche Fach- und Berufsoberschule
Mozartstraße 9
97074 Würzburg

Ausbildungsnachweis
Ausbildungsrichtung: Gesundheit

Vorname/Name: ..... geboren am: .....

Klasse: **11 U1** Schuljahr: **2016/17**

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		24.10.16 bis 25.11.16		
II		16.01.17 bis 17.02.17		
III		27.03.17 bis 05.05.17		
IV		26.06.17 bis 28.07.17		

[die folgenden Zeilen sind **nicht** von der Praxisstelle auszufüllen!]

Bestätigung der Staatlichen Fachoberschule Würzburg:

Die fachpraktische Ausbildung wurde

☐ mit sehr gutem Erfolg durchlaufen ☐ mit gutem Erfolg durchlaufen

☐ mit Erfolg durchlaufen ☐ durch Austritt aus der FOS am ..... abgebrochen

Ort, Datum (S.)

Betreuungslehrer(in) für die fachpraktische Ausbildung

Schulbeauftragter für die fachpraktische Ausbildung

Würzburg, Juli 2017 ....
OStR A. Karch