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

Ausbildungsnachweis
Ausbildungsrichtung: Gesundheit

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

Klasse: **11 U** Schuljahr: **2023/24**

Abschnitt 11/1

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		18.09.23 bis 06.10.23		
II		23.10.23 bis 10.11.23		
III		27.11.23 bis 08.12.23		
IV		15.01.24 bis 26.01.24		

Bitte wenden

Abschnitt 11/2

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		26.02.24 bis 08.03.24		
II		08.04.24 bis 19.04.24		
III		06.05.24 bis 17.05.24		
IV		17.06.24 bis 05.07.24		

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

Bestätigung der Staatlichen Fachoberschule Würzburg:

Die fachpraktische Ausbildung wurde

☐ erfolgreich durchlaufen.

☐ durch Austritt aus der FOS am ..... abgebrochen.

Ort, Datum

Betreuungslehrer(in) für die fachpraktische Ausbildung

Schulbeauftragter für die fachpraktische Ausbildung

Würzburg, Juli 2024

……

……
StD A. Karch

Bitte wenden