

## Ausbildungsnachweis Ausbildungsrichtung: Gesundheit

Vorname/Name: .....

geboren am: .....

Klasse: **11 U**

Schuljahr: **2024/25**

### Abschnitt 11/1

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		16.09.24 bis 04.10.24		
II		04.11.24 bis 15.11.24		
III		02.12.24 bis 13.12.24		
IV		20.01.25 bis 31.01.25		

**Abschnitt 11/2**

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		17.02.25 bis 28.02.25		
II		24.03.25 bis 11.04.25		
III		19.05.25 bis 30.05.25		
IV		30.06.25 bis 11.07.25		

[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

Schulbeauftragte für die  
fachpraktische Ausbildung

Würzburg, Juli 2025

.....

.....