

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		07.10.24 bis 25.10.24		
II		18.11.24 bis 29.11.24		
III		16.12.24 bis 17.01.25		
IV		03.02.25 bis 14.02.25		

Abschnitt 11/2

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		10.03.25 bis 21.03.25		
II		28.04.25 bis 16.05.25		
III		02.06.25 bis 27.06.25		
IV		14.07.25 bis 31.07.25		

[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

.....

.....