

**Ausbildungsnachweis**  
**Ausbildungsrichtung: Gesundheit**

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

Klasse: **11 U** Schuljahr: **2025/26**

**Abschnitt 11/1**

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		22.09.25 bis 03.10.25		
II		20.10.25 bis 31.10.25		
III		24.11.25 bis 05.12.25		
IV		07.01.26 bis 23.01.26		

## Abschnitt 11/2

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		23.02.26 bis 06.03.26		
II		13.04.26 bis 26.04.26		
III		11.05.26 bis 22.05.26		
IV		22.06.26 bis 10.07.26		

[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 2026

.....  
Bitte wenden

.....  
StRin Zerbes