

## 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		06.10.25 bis 17.10.25		
II		10.11.25 bis 21.11.25		
III		08.12.25 bis 19.12.25		
IV		26.01.26 bis 13.02.26		

## Abschnitt 11/2

Phase	Praxisstelle	von/bis	Praxisbetreuung durch	Unterschrift und Stempel der Praxisstelle
I		09.03.26 bis 27.03.26		
II		27.04.26 bis 08.05.26		
III		08.06.26 bis 19.06.26		
IV		13.07.26 bis 31.07.26		

[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

.....

.....

StRin Zerbes