

Nachweis über erbrachte Praktikumsleistungen

Name, Vorname, Matrikel-Nr:

Name und Anschrift der Praxisstelle:

Dauer des Praktikums:

von: _____ bis: _____ Wochen: ____ à ____ Wochenstunden

Name und Berufsbezeichnung der/ des verantwortlichen Praxisanleitenden:

Arbeitsfeld der Praxisstelle und Aufgabenbereich der Praktikantin/ des Praktikanten:

Unterschrift Praxisanleiterin/ Praxisanleiter

Stempel und Unterschrift der
Praxisstelle

Praxiskoordination
Kristine Waack
Dipl.-Soz.Arb./Soz.Päd. (FH)
Telefon: 0395/ 56935605
E-Mail: waack@hs-nb.de

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und
Erziehung
Hochschule Neubrandenburg
Masterstudiengang Beratung
Postfach 11 01 21
17041 Neubrandenburg