# Berufsfeldpraktikum im Master-Verbundstudiengang Versorgungswissenschaft

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Praktikantin/Der Praktikant ,

hat in der Zeit vom bis ,

mit Stunden/Woche, ein Studentenpraktikum bei uns:

Einrichtung der Versorgung/Praktikumsbetrieb:

absolviert.

Die Praktikantin/Der Praktikant hat durch das Praktikum einen Einblick in das Arbeitsfeld der genannten Einrichtung der Versorgung/des genannten Praktikumsbetriebs erhalten. Ihre Tätigkeiten umfassten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift der/s Praktikumsbetreuerin/s und Stempel

Name in Druckbuchstaben: