



Berufsfeldpraktikum im Master-Verbundstudiengang Versorgungswissenschaft

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer:

Studienbeginn:

Der/Die Praktikant*In

hat in der Zeit vom

bis

mit

Stunden/Woche, ein Studentenpraktikum bei uns:

Einrichtung der Versorgung/Praktikumsbetrieb:

absolviert.

Der*Die Praktikant*In 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 Praktikumsbetreuer*in/s und Stempel

Name in Druckbuchstaben:
