

Bestätigung des Praktikums „Berufsfelderkundung“ im Studiengang Zahnmedizin

Angaben der/des Studierenden

Name _____ Vorname _____

Matrikelnummer: _____

Praktikumsstelle*(Name und vollständige Anschrift der Einrichtung)*

_____Telefon: _____ | E-Mail: _____
_____**Praktikumszeitraum:**

vom _____ bis _____

Bestätigung durch die Praktikumsstelle**Hiermit bestätigen wir, dass der/die oben genannte Studierende in unserer
Einrichtung ein Praktikum im Umfang von insgesamt _____ Stunden absolviert hat.****Unterschrift der verantwortlichen Person:** _____*(Name und Funktion, z. B. „Praxisinhaber/in“, „Laborleiter/in“, „Leiter/in der Abteilung“)***Stempel der Einrichtung:***(Hier bitte den offiziellen Stempel der Einrichtung)***Datum der Ausstellung:** _____