

## Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung

Name, Vorname	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	
<input type="text"/>	

absolvierte entsprechend der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für

- Physiotherapeuten
- Masseur und medizinische Bademeister
- Ergotherapeuten

vom  bis

die festgelegte praktische Ausbildung im Fachgebiet

Fehltag(e)

vom  bis

wegen

### **Regelung bei Fehlzeiten im Praktikum**

Alle Fehlzeiten müssen nachgeholt werden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Einrichtung

**Diese Bescheinigung kann durch die Einrichtung erst nach Ableistung der praktischen Ausbildung ausgestellt werden und ist im Original dem Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung beizufügen.**