

Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Praxisamt
Brühl 20
31134 Hildesheim

**Nachweis begleitender Lehrveranstaltungen für Berufspraktikantinnen und
Berufspraktikanten**

Name:, Vorname:

E-Mail-Adresse:, Tel.:

Datum (von – bis)	Titel	Stunden	Unterschrift der DozentIn
Summe der Stunden			

Bitte füllen Sie den Nachweis aus und lassen ihn am Ende des Seminars unterzeichnen!