

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!