bzg Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Bergstraße

Monatlicher Nachweis der praktischen Ausbildungszeit für geförderte Auszubildende

Achtung:
⇨ nur vom bzg Bergstraße auszufüllen ⇦

Ausbildungszeit erfasst: _____

Fehltage erfasst: _____

_____ _____

Name, Vorname (der/des Auszubildenden) Kurs

Ausbildungszeit im praktischen Ausbildungsbetrieb

Monat / Jahr	Ausbildungszeit **in Stunden*** ***(ohne Schulzeiten und ohne Urlaub)***	**Fehltage wegen Erkrankung** *(bitte genaues Datum eintragen / Beginn & Ende)*	
		Krank *vom ___ bis ___*	davon als **„Dienst“** geplant
	Stunden		Tage
	Stunden		Tage
	Stunden		Tage

Gesamt: _____ Stunden

Urlaub
vom _____ *bis* _____

Für die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

_____ _____ _____

Ort / Datum Ansprechpartner (in Druckbuchstaben) / Funktion Stempel / Unterschrift