

Bestätigung der Praktikumspflicht zur Vorlage im

Universitätsklinikum Münster

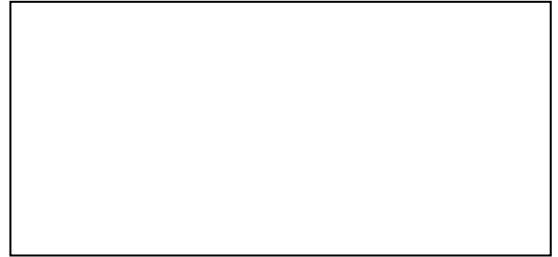
Geschäftsbereich Personal

Personaladministration

Albert-Schweitzer-Campus1, Gebäude D5

Anfahrtsadresse: Domagkstr. 5

48149 Münster



Stempel der Universität

Von der Hochschule auszufüllen:

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/ Herr _____

ordentlich eingeschriebene Studentin/ eingeschriebener Student an der

_____ für den Studiengang

_____ ist.

Gemäß Prüfungs-/ Studienordnung ist in diesem Studiengang ein Pflichtpraktikum im Gesamtumfang von mindestens _____ Wochen/Stunden (Nicht zutreffendes bitte streichen) zu absolvieren.

Ort/ Datum

Unterschrift/ Funktion

Vom Studierenden auszufüllen:

Hiermit bestätige ich, dass ich das hier in Rede stehende Pflichtpraktikum noch nicht/im Umfang von _____ abgeleistet habe. (Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Name

Vorname

Datum/ Unterschrift