

PRAXISNACHWEIS

Name

Adresse

Institution / Einrichtung / Adresse

.....

Es wird bestätigt, dass Herr/Frau , geb.
in unserer Einrichtung im Zeitraum von bis..... in der fachlichen Beglei-
tung, Beratung oder Betreuung im Rahmen der Lebens- und Sozialberaterausbildung tätig war.

Dabei wurden insgesamtStunden absolviert.

Unterschrift und Stempel der Einrichtung