

## Praktikum am Klinikum

# Praktikumsanfrage

### Angaben zur Person

Vorname Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße / Hausnummer: .....

PLZ / Ort: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

### Erziehungsberechtigte/r

Vorname Name: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

### Praktikumszeitraum

Gewünschter Zeitraum: von ..... bis .....

Alternativtermine: von ..... bis .....

Von..... bis .....

Gesamtstunden / -tage: .....

### Praktikumsart

- Schnupperpraktikum
- Sozialpraktikum (Schule)
  - Mittelschule  Realschule  Gymnasium
- Pflegepraktikum Medizinstudenten
- FOS

---

Datum und Ort

---

Unterschrift