

Praktikant

Name:

Geburtsdatum:

Praktikumsstelle

Name des Betriebs:

Adresse des Betriebs:

Ansprechpartner im Betrieb

Name eines Ansprechpartners:

Telefonnummer:

Informationen zur Praktikumsstelle

Einsatzbereich: _____

Arbeitszeit:

Belehrung für den Umgang mit Lebensmitteln (am Gesundheitsamt Moers):

Erforderlich Nicht erforderlich (Bitte ankreuzen)

Anmerkungen / Zusatzinformationen

Ort, Datum

Unterschrift der Praktikumsstelle