
	<p>Landwirtschaftliche Berufs- und Fachschule 4553 Schlierbach, Klostersraße 11 Tel. 07582/81223, Fax. 07582/81223/15 e-mail: twbfs-schlierbach.post@ooe.gv.at</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Antrittsmeldung für die Fremdpraxis

Name des/r Schülers/in

Ich absolviere die Fremdpraxis vom bis

am Betrieb

in

Tel/Fax/Mail

.....
Unterschrift des/r Schülers/in

Bestätigung des Praxisbetriebsleiters/in:

Der/Die oben genannte Praktikant/in ist vorschriftsgemäß bei der Gebietskrankenkasse angemeldet

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betriebsleiter/in