

Pflegeschule Rauenstein

Name der/des Auszubildenden _____ Lfd.-Nr.: _____

Praxisanleitung				
Datum	Zeit	Lerngegenstand/Lernsituation	Hz. PA	Hz. Azubi
Zeit gesamt:				

Praxisanleiter/-in
Datum / Unterschrift

Auszubildende/-r
Datum / Unterschrift
