



## Praktikumsbetrieb für die Fachrichtung

Gestaltung

Gesundheit

### 1. Name/Bezeichnung

**Betrieb:**

\_\_\_\_\_

Gewerbe/Betätigungsfeld:

\_\_\_\_\_

Zahl der Plätze:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Betriebsleitung:

Name:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

### 3. Ansprechpartner im Betrieb:

Name:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.:

\_\_\_\_\_

Fax:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

### 4. Abteilung:

\_\_\_\_\_