

MS LASSNITZHÖHE
BERUFSPRAKTISCHE TAGE

BESTÄTIGUNG DES BETRIEBES

Termin: _____

Name der Schülerin/des Schülers: _____

Bezeichnung des Betriebes:

Adresse:

Telefon: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Beruf, in dem geschnuppert wird: _____

Betreuer im Betrieb: _____

Arbeitszeit: _____

Arbeitskleidung: _____

Besondere Wünsche: _____

Datum

Firmenstempel/Unterschrift