

Praktikumsanmeldeformular

Dieses Praktikumsanmeldeformular bitte ausfüllen und uns via Mail zustellen. Für ein kurzes gegenseitiges Kennenlernen werden wir uns in Kürze bei Ihnen melden.

Studenteninformationen

Name:	Vorname:
Geb. Datum:	
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Studenten-ID:	Klasse:
Tel. Nr.:	Email:

Praktikumsinformationen

Mögliches Startdatum <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> ab:
Gewünschter Praktikumsstag: Mo. Di, Mi, ev. Fr.

Ort und Datum:

Unterschrift:

Bearbeitung Chiway Therapiezentrum

<input type="checkbox"/> Administrationsgebühr CHF 20.-	Datum/Visum:
<input type="checkbox"/> Praktikumsplatz zugewiesen CHF 50.-	Datum/Visum:
Zeitperiode	Tag(e)
Erster Praktikumsstag/Zeit	
Praktikumsleiter	
<input type="checkbox"/> Praktikumsplatz abgelehnt Grund:	Visum:
<input type="checkbox"/> Student/in schriftlich informiert/Vertrag zugestellt am:	Visum: