

Träger (Rechnungsempfänger)

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Institut für Soziale Berufe
Fachschule für Sozialwesen
der Fachrichtung Heilerziehungspflege
Marktstraße 9/2
88410 Bad Wurzach

E-Mail: hep@ifsb.de
Fax: (+49) 751 36156-27

BESTÄTIGUNG PRAXISSTELLE

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau / Herr _____

geb. am _____ in _____

die fachpraktische Ausbildung während der Ausbildung

zum / zur Heilerziehungspfleger/in

ab dem **01. September** _____ in unserer Einrichtung absolvieren wird.

Die fachpraktische Ausbildung erfolgt in:

Name d. Einrichtung _____

Wohnbereich / Gruppe _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Ansprechpartner _____

Telefonnummer: _____

E-Mail _____

Die jährliche Schul- und Verwaltungsgebühr sowie die einmalige Anmeldegebühr werden von der Einrichtung übernommen:

ja

nein

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Einrichtung