



1. Maßnahmeträger:		Firmen- Identnr.:
Ort der Maßnahme:	Adresse:	
Ansprechpartner:	Telefon:	
E-Mail:	Telefax:	

2. Benennung der Maßnahme	
Ausbildungsberuf:	Fachrichtung/Schwerpunkt:

3. Dauer der Maßnahme:	Monate
Maßnahmebeginn	Maßnahmeende
Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr

4. Anzahl der Teilnehmer:	Teilnehmer
----------------------------------	------------

5. Fachliche/r Ausbilder/in		
Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Wir bestätigen, dass der/die o. g. Ausbilder/-in vertraglich für die Dauer der Bildungsmaßnahme gebunden ist und die überwiegende Zeit (mind. 51%) anwesend ist, um die fachliche Betreuung gewährleisten zu können. Der/die o.g. Ausbilder/-in betreut derzeit insgesamt Teilnehmende.		

6. Zeitliche Zusammensetzung der Maßnahme:		
Gesamtstunden (Basis 60 min.) Berufspraxis (ohne Praktikum):	Stunden	
Gesamtstunden (Basis 45 min.) Berufstheorie:	Stunden	
betriebliches Praktikum:	von:	bis:
	von:	bis:
	von:	bis:

7. Inhalte, die im betrieblichen Praktikum vermittelt werden:	
Inhalte	Zeitraumen in Wochen

