

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Hochschule Neubrandenburg
Postfach 11 01 21
17041 Neubrandenburg

Nachweis über erbrachte Praktikumsleistungen

Name, Vorname und Matrikel-Nr. Student:in

Name und Anschrift der Praxisstelle:

Dauer des Praktikums:

von: _____ bis: _____ Wochen: ____ à ____ Wochenstunden
gesamt: _____ Std.

Unterschrift Mentor:in

Stempel und Unterschrift der
Praxisstelle

Praxiskoordination
Kristine Waack
Dipl.-Soz.Arbn./Soz.Pädn.
Telefon: 0395/ 56935605
E-Mail: waack@hs-nb.de