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 ☐ sofort ☐ ab: |
| Dauer des Praktikums: 6-9 Monate |
| Gewünschter Praktikumstag: |

**Ort und Datum: Unterschrift:**

**Bearbeitung Chiway Therapiezentrum**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ Administrationsgebühr CHF 20.- Datum/Visum: | |
| ☐ Praktikumsplatz zugewiesen CHF 50.- Datum/Visum: | |
| Zeitperiode | Tag(e) |
| Erster Praktikumstag/Zeit | |
| Praktikumsleiter |  |
| ☐ Praktikumsplatz abgelehnt Visum:  Grund: | |
|  | |
| ☐ Student/in schriftlich informiert/Vertrag zugestellt am: Visum: | |