



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

**Praktikum der Berufsfelderkundung für Studierende der
Zahnmedizin**

Name:

Vorname:

Kursgruppe:

Matrikelnummer:

Teilnahmenachweis - 40 Stunden

(Die Stunden müssen nicht in verschiedenen Einrichtungen abgeleistet werden)

Einrichtung	Std.	Datum	Stempel und Unterschrift des Verantwortlichen