

Nachweis

Certificate

QUALIPass

▶ **Herr / Frau**

_____ hat in unserem Verein, unserer Einrichtung,
unserem Betrieb eine Schulung absolviert.

*Mr. / Ms ... finished a training in our facility /
organisation / company / school.*

▶ **Praxisstelle**

_____ *Facility / organisation / company*

▶ **Anschrift**

_____ *Address*

▶ **Dauer und Zeitumfang der Schulung**

_____ *Duration of activity*

▶ **Telefon**

_____ *Telephone*

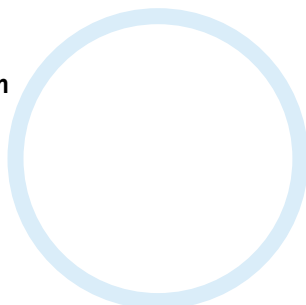
▶ **Titel und Inhalt der Schulung**

Training focus

▶ **Seminarbetreuer/in**

Supervisor

Stempel



▶ **Ort / Datum**

▶ **Unterschrift**
