Nachweis

Certificate

QUALIpass

Herr / Frau

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

Mr. / Mrs ... finished a practical 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