|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des/der Auszubildenden: [name] | Standort: [standort] | Ausbildungsnachweis Nr.:  [id\_num] |
| Ausbildungsjahr: [jahr] | Trainer/Ausbilder: [trainer] |
| Ausbildungswoche:  Von [zeitraum\_start]  Bis [zeitraum\_end] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tag |  | Lernfeld-Nr.: [lf\_num] | Std. |
| Mo | [text1] | [lf\_num] | 8 |
| Di | [text2] | [lf\_num] | 8 |
| Mi | [text3] | [lf\_num] | 8 |
| Do | [text4] | [lf\_num] | 8 |
| Fr | [text5] | [lf\_num] | 8 |

Durch die nachfolgende Unterschrift wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der/des Auszubildenden Datum, Unterschrift der/des Ausbildenden (GFN-Praktikumsbetrieb)