
(Bezeichnung der Einrichtung)

**Bescheinigung
über die Ableistung der praktischen Tätigkeit**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

ist in der Zeit vom _____ bis _____

im Rahmen der Ausbildung für Masseur und medizinische Bademeister nach § 7 Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetz erfolgreich als Praktikant*in tätig gewesen.

Die praktische Tätigkeit ist – nicht – über die nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz zulässigen Fehlzeiten hinaus – um _____ Tage* – unterbrochen worden.

Das Krankenhaus / die medizinische Einrichtung (Praxis) wurde durch die Bezirksregierung in _____ mit Bescheid vom _____ unter dem Aktenzeichen _____ zur Annahme von Praktikanten ermächtigt.

Ort, Datum

Stempel

(Unterschrift[en] der Leitung)

(Unterschrift des anleitenden Masseurs
und med. Bademeister,
Krankengymnasten oder Physio-
therapeuten)

* Nichtzutreffendes streichen