



EFN-Aufkleber der/des Teilnehmerin/s

Hospitationsbestätigung

Name, Vorname, Geburtsdatum

ganztags

halbtags

Klinik/Praxis/Institution _____

(Bitte vollständige Adresse angeben)

Fachbereich: _____

(halbtags 4 Punkte, ganztags 8 Punkte/Tag)

Ort, Datum

Name und Unterschrift der/s Leiterin/s
der Einrichtung und Stempel