

|   |              |                           |              |                           |                |
|---|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|----------------|
| <b>Ausbildungsnachweis Nr.</b>  |              |                           | <b>Name</b>  |                           |                |
| <b>Woche vom</b>  |              | <b>bis</b>                |              | <b>Ausbildungsjahr</b>    |                |
| <b>Ausbildungsabteilung</b>   |              |                           |              |                           |                |
| <b>Betriebliche Tätigkeit, einschließlich Unterweisung, Unterricht usw.</b> |              |                           |              |                           | <b>Stunden</b> |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              |                           |                |
|   |              |                           |              | <b>Gesamtstunden</b>      |                |
| <b>Ich bestätige d. Richtigkeit d. Angaben:</b>                             |              | <b>Kenntnis genommen:</b> |              | <b>Kenntnis genommen:</b> |                |
| Auszubildender:   |              | Ausbilder:                |              | Gesetzlicher Vertreter:   |                |
| Datum   | Unterschrift | Datum                     | Unterschrift | Datum                     | Unterschrift   |
|   |              |                           |              |                           |                |