

Anmeldung für die Praxiszeit

im Studiengang/Studienrichtung:

(Eingabeversion; falls möglich bitte elektronisch ausfüllen)

(Studiengang bitte oberhalb eintragen)

Praxiszeit im (WiSe / SoSe)	
	Matr.-Nr.:
Vorname:	Name:
Geburtstag:	Geburtsort:
Korrespondenzanschrift: Straße: PLZ/Wohnort:	Telefon: E-Mail:
Firmenname und Anschrift der Praxisstelle: (falls zum Anmeldezeitpunkt bereits bekannt)	
Telefon:	Telefax: Homepage:
Betreuende Professorin/betreuender Professor:	
 Unterschrift betr. Professor_in
Oldenburg, Unterschrift der/des Studierenden

Bearbeitungsvermerke des Praxisamtes

Die/der Studierende hat die Zulassungsvoraussetzungen für die Praxiszeit erfüllt:

ja

nein

Bemerkungen:

.....
.....

Oldenburg,

.....
Unterschrift