

BESTÄTIGUNG

der Einrichtung/der Praxisstelle/des Kooperationspartners

Name: _____ Vorname: _____

soll in Zusammenarbeit zwischen der Fachschule für Sozialwesen der Johannes-Diakonie Mosbach und des Kooperationspartners ausgebildet werden.

Adresse des Kooperationspartners:

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Ansprechpartner des Kooperationspartners: _____

ab Schuljahr: _____

zum/zur Heilerziehungspfleger/in

zum/zur Heilerziehungshelfer/in

(Datum)

(Unterschrift Ansprechpartner)