

Praxisnachweis

im Rahmen der Zulassung zur Fortbildungsprüfung
Geprüfter Klauenpfleger/Geprüfte Klauenpflegerin

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

Name	Vorname
geboren am	in

wohnhaft in

Ortsteil	Straße
Postleitzahl	Wohnort

in der Zeit

1.	vom	bis	als *
2.	vom	bis	als *
3.	vom	bis	als *
4.	vom	bis	als *

* z.B. mithelfende Familien-AK - Mitarbeiter - Pächter - selbständiger Betriebsleiter

im Betrieb

Name	Vorname
Ortsteil	Straße
Postleitzahl	Wohnort

in der praktischen Klauenpflege tätig war bzw. voraussichtlich bis zum Abschluss der Fortbildungsprüfung tätig sein wird.

