



Ausbildung von Lebensmittelkontrolleuren/innen

- 4-wöchiges Praktikum im LLBB -

Anschrift:
(Dienststempel)

Ansprechpartner/in:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Name des/r Praktikantin/en:

Ausbildungsbeginn am:

Ausbildung endet am:

Zeiten der theoretischen
Ausbildung an der
Akademie für Öffentliches
Gesundheitswesen
(Modul I bis III)

Ort/Datum

Unterschrift