

Intyg från praktikplats

Vård- och socialnämnden
Box 73, 845 21 Svenstavik
0687-161 00

Intyget är utfärdat till

Namn	Personnummer
------	--------------

Intyget är utfärdat av

Praktikplats	Handledare
Adress	Postnummer och ort
Beskrivning av verksamheten som bedrivs på arbetsplatsen	

Praktik

Typ av praktik
Tidsperiod och omfattning
Beskrivning av arbetsuppgifter under praktikperioden, lärande inslag

Handledaromdöme *(räcker inte utrymmet till - skriv på baksidan)*

Underskrift

Datum och ort
Namnförtydligande

.....
Underskrift