

Vyšší odborná škola a Střední zdravotnická škola
MILLS, s. r. o., Čelákovice

POTVRZENÍ O PEDAGOGICKÉ PRAXI

Studentka (jméno a příjmení, studijní skupina):

.....

délka praxe:

.....

pracoviště:

.....

Datum:

Podpis odpovědné osoby a razítko pracoviště.

délka praxe:

.....

pracoviště:

.....

Datum:

Podpis odpovědné osoby a razítko pracoviště.

Poznámka: