

Bestätigung fachlicher Beratungs-, Begleitungs-, Betreuungstätigkeit

Im Rahmen der Ausbildung zur Dipl. Lebens- und Sozialberatung
(Psychologische Beratung)

	Name (LSB i.A.)		
	Angaben zur Einrichtung/Institution		
	Name		
	Aufgaben		
	Verantwortliche Leitung		
	Beschreibung der Tätigkeit		
	Bestätigte Stunden		
	Im Zeitraum	von	bis

Ort, Datum

Stempel der Organisation
Unterschrift Leitung