

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

Ort, Datum

Stempel der Organisation
Unterschrift Leitung