



MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

PRAKTIKUMSBESTÄTIGUNG

NAME: _____ MATR. NR. _____

Der unterzeichnete Lehrbeauftragte bestätigt die erfolgreiche Teilnahme an
nachstehend angeführtem Pflichtpraktikum.

Bezeichnung der Lehrveranstaltung: _____

LV-Nr. : _____

SS/WS _____

Datum: _____ **Unterschrift/Stempel des/der Institut/Klinik**
