

Certificate confirming the completion of the final year of practical training

Bescheinigung über das Praktische Jahr

The student of medicine Der/Die Studierende der Medizin

Name, first name	Name, Vorname
Date of birth	Geburtsdatum
Place of birth	Geburtsort

has participated, in full compliance with the regulations, regularly in the training carried out under my supervision at the clinic/hospital, or centre for out-patient treatment, or medical practice named below. The training took place in the Department/at the medical practice of
 hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung/in der Praxis für

Training was carried out on a Die Ausbildung wurde in

- full-time basis** Vollzeit
 part-time basis comprising _____% of the time available for training per week
 Teilzeit mit einem Umfang von _____% der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Duration of training Dauer der Ausbildung

from von	to bis
----------	--------

Absences Fehlzeiten:

- no** nein
 yes ja from von _____ to bis _____
 The hospital, centre for out-patient treatment or medical practice has been authorised to carry out training by the University of

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität:

- The training took place at a University Hospital.**

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

(Place Ort)

(Date Datum)

Seal or Stamp
 Siegel oder Stempel

(Signature(s) of the doctor(s) responsible for the training
 Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)