

Hospitationsbestätigung für den Hospitationsgeber

Herr/Frau

hat in der Zeit vom bis als Hospitationsgeber

insgesamt Fortbildungsstunden (1 FS = 45 min) in

(Klinik/Institution)

nachfolgenden Hospitant:

Name

Vorname

Fachbereich

unterrichtet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Hospitationsgeber