

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Einrichtung)

**Bescheinigung  
über die Ableistung der praktischen Tätigkeit**

Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

ist in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

im Rahmen der Ausbildung für Masseure und medizinische Bademeister nach § 7 Abs. 1 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes erfolgreich als Praktikant tätig gewesen.

Die praktische Tätigkeit ist - nicht - über die nach dem Masseur- und Physiotherapeuten-gesetz zulässigen Fehlzeiten hinaus - um \_\_\_\_\_ Tage\*) - unterbrochen worden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

(Stempel)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift(en) der Leitung)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Masseurs und medizinischen  
Bademeisters, Krankengymnasten oder  
Physiotherapeuten)

\_\_\_\_\_  
\*) Nichtzutreffendes streichen.