C e r t i f i c a d o sobre el servicio de enfermeria

Zeugnis über den Krankenpflegedienst

Appellido, Nombre:_____
Name, Vorname

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Geburtsdatum Geburtsort

ha desempenado, bajo mi supervisión, servicios de asistencia a enfermos en el siguiente hospital./
hat im Rahmen der Ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung Krankenpflegedienst geleistet.

Duración de la ensenanza del _____ al _____
Dauer des Krankenpflegedienstes von bis

Se ha interrumpida la ensenanza
Die Ausbildung ist unterbrochen worden

( ) no ( ) si del _____ al _____
nein ja von bis

_____
Lugar, Fecha
Ort, Datum

_____
Nombre del hospital
Name des Krankenhauses

_____
Firma del responsable
Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes

_____
Sello del Hospital
Siegel oder Stempel

Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein
Landesprüfungsamt
Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel
Tel. (0431) 988-0, Telefax (0431) 988-5601, Besuchszeit: Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr