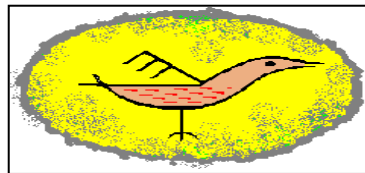


Krautmani Massaaži- ja Terviseakadeemia
PRAKTIKAPÄEVIK



PRAKTIKANT:

Eriala/kursus:

Nimi:

Telefon:

E- post:

KONTAKTISIK KOOLIS:

Nimi: _____

Telefon: _____

E-post: _____

PRAKTIKAPÄEVIK

Kuupäev	Töötunnid	Tegevuste kirjeldus	Kliendi nimi ja allkiri
Tunnid kokku:			

TEGEVUSTE LÕPPARUANNE:

Kokku praktika tunde:

PRAKTIKANDI HINNANG ISEENDALE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

KINNITAN ESITATUD ARUANDE:

.....
(õpilane)

.....
(juhendaja nimi ja allkiri)

.....
(kuupäev)