

**Praktikumsvertrag: 5-wöchiges Büropraktikum**

für Handelsmittelschülerinnen und -schüler der Handelsmittelschule Schaffhausen

<b>Praktikumsbetrieb</b>	
Firma	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
Branche	
Kontaktperson	
Direktwahl Telefon	
E-Mail	
<b>Praktikant/in</b>	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Heimatort/Staat	
Adresse	
PLZ /Ort	
Telefon	
E-Mail	
<b>Praktikumsdauer / –beschrieb</b>	
<b>Entschädigung</b>	
<b>Versicherungen</b>	Sache der/des Praktikantin/Praktikanten
<b>Arbeitsbestätigung</b>	Siehe Ausbildungsprogramm 5-wöchiges Praktikum
<b>Besondere Vereinbarungen</b>	
	Ort, Datum, Unterschrift
Praktikumsbetrieb	
Praktikant/in	
Gesetzlicher Vertreter/in	