Certificate Confirming Completion of an Elective Rotation during the Practical Year (Final Year of Medical School in Germany) *Bescheinigung über das Praktische Jahr*

I certify that the medical student *Der/die Studierende der Medizin*

Surname/Family Name *Name*
First Name(s) *Vorname(n)*
Date of Birth *Geburtsdatum*
Place of Birth *Geburtsort*

participated, in full compliance with the regulations, in the training carried out under my direction at the clinic/hospital, outpatients' treatment centre, or practice named below. The training was undertaken in the Department/Institute/Service of / Practice for *hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung / in der Praxis für*

_____

_____

Training was carried out on a *Die Ausbildung wurde in*:

☐ **Full-time basis** *Vollzeit*			
☐ **Part-time basis,***	**comprising**		**% of the time available for training per week**
Teilzeit mit einem Umfang von _% der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt			

* Not available to students completing elective rotations abroad during the Practical Year

Duration of Training *Dauer der Ausbildung*

From *von*	**to** *bis*

Interruptions/Absences *Fehlzeiten*:

☐ **No** *Nein*
☐ **Yes** *Ja* **From** *von* _____ **to** *bis* _____

☐ **The hospital, practice, or outpatients' treatment centre is teaching hospital, teaching practice, or has been authorised to carry out training by the University** *Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität*:

_____

☐ **The training took place at a University Hospital** *Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden*

_____ (**Place** *Ort*)

_____ (**Date** *Datum*)

Seal or Stamp
Siegel oder Stempel

_____

_____

_____
(Signature(s) of the physicians(s) responsible for training)
(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License
© 2018 Medizinische Fakultät Julius-Maximilians-Universität Würzburg