

Leistungsbestätigung fachliche Veranstaltung

Name Doktorand/in _____

Name Doktormutter/vater _____

Fachliche Veranstaltung

Kursname: _____

Kursart: _____

Veranstalter: _____

Ort, Land: _____

Datum Beginn: _____ Datum Ende: _____

Dauer in Stunden: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben gegenüber meiner/m Doktormutter/vater:

_____, den _____
Doktorand/in

Hiermit bestätige ich als Betreuer/in gegenüber dem FGZ MW, dass die oben beschriebene fachliche Veranstaltung von dem/der Doktorand/in besucht wurde:

_____, den _____
Doktormutter/Doktorvater