

Milchleistungsprüfung KA 027

Betrieb:	Betriebsnummer	AE
----------	----------------	----

Prüftag:	Beginn		Ende				
	Stunde	Minute	Stunde	Minute			
<b>Tag vor der Prüfung</b>	morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
	abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
<b>Prüftag</b>	morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
	<b>Probe</b> <input type="checkbox"/> Abends <input type="checkbox"/> Morgens	abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tag nach der Prüfung</b>	morgens	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr
	abends	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr

Datum \_\_\_\_\_

Für die Richtigkeit: Unterschrift Betriebsleiter/Beauftragter \_\_\_\_\_