

Milchleistungsprüfung KA 027

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

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