



ANMELDUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG

Anmeldung zur Abschlussprüfung als Externe/r Teilnehmer/in

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

Anschrift: _____

Schulbildung: _____ Staatsangehörigkeit _____

Beschäftigt bei: _____ Telefon: _____

Bisherige Tätigkeit als Arzthelfer/in bzw. Medizinische/r Fachangestellte/r (einschließl. evtl. Ausbildungszeit)

Von – Bis	Arbeitszeit (täglich und wöchentlich)	Arbeitgeber

Art und Dauer der einzelnen Tätigkeiten sind durch entsprechende Unterlagen (z. B. beglaubigte Kopien von Zeugnissen, Arbeitsbescheinigungen u. a.) nachzuweisen. Die Nachweise sind beigelegt.

Anmeldeschluss Sommer/ Winter: 15.02./31.08. des Jahres

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsteilnehmer/in