
(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Domplatz 1-3
48143 Münster

Antrag auf Teilnahme an der Fachsprachenprüfung

Abschluss in der EU Abschluss in einem Drittstaat

Hiermit beantrage ich, _____,
geboren am _____ in _____, die
Teilnahme an der Fachsprachenprüfung.

Ich beabsichtige, die ärztliche/zahnärztliche/pharmazeutische/psychotherapeutische
Tätigkeit in folgender **Stadt/Kommune*** auszuüben:

(*Angabe der konkreten Stadt, Kommune etc.)

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)