

(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)