

---

(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 Kenntnisprüfung - Medizin**

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, die  
Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Ich bin bereits als Kammerangehöriger bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe  
eingetragen:

- Ja  
 Nein

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem  
anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht beantragt habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

**Hinweis:**

Eine Ladung kann jederzeit nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung  
erfolgen.