



Name, Vorname

Telefon- / Handynummer

Straße, Hausnummer

E-Mail

PLZ, Ort

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung

Medizin

Pharmazie

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

Ich erkläre, dass ich schnellstmöglich
 nicht vor _____ geprüft werden möchte.

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)

zurück an:

Bezirksregierung Köln
Dez. 24 – Approbation
Postfach
50606 Köln