

An das
Landesamt für soziale Dienste
Schleswig-Holstein
Dezernat 32
Gartenstraße 24
24534 Neumünster

Antrag auf Kenntnisprüfung

Mir ist bekannt, dass ich den Antrag auf Zulassung zur Kenntnisprüfung nur in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung der Approbation bzw. Berufserlaubnis stellen kann.

Ich beantrage die Anmeldung zur Kenntnisprüfung

als

Arzt/Ärztin Zahnarzt/Zahnärztin Apotheker/Apothekerin

Der Antrag ist in deutlicher Druckschrift auszufüllen

Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum/-ort/-land			
Adresse	Straße		Hausnummer
	Postleitzahl	Ort	
E-Mail Adresse			

Der ausgefüllte Vordruck: Persönliche Angaben zum Anerkennungsverfahren ist beigefügt.

Der Antrag auf Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis

liegt dem Landesamt bereits vor. ist diesem Antrag beigefügt.

Ich habe die Verfahrenshinweise über die Kenntnisprüfung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in