

Antrag auf mündlich-praktische Wiederholungsprüfung im Bereich Röntgen



Angaben zum Prüfling

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name

--	--	--	--	--	--	--

Registriernummer laut Ausbildungsvertrag

Vorname

Datum der nicht bestanden Abschlussprüfung
(Röntgen)

Angaben zum Arbeitgeber

Name: _____

Praxisstempel:

Anschrift: _____

Die Abnahme der Wiederholungsprüfung wird beantragt für

1. Wiederholungsprüfung Röntgen

Sommer _____
Jahr

Winter _____
Jahr

2. Wiederholungsprüfung Röntgen

Sommer _____
Jahr

Winter _____
Jahr

Die Kostenübernahme der Prüfungsgebühr erfolgt durch

Prüfungsteilnehmer

Arbeitgeber

Die Wiederholungsprüfung Röntgen im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r findet jeweils zu den regulären Prüfungsterminen statt.

Die genauen Prüftermine werden nach Erteilung der Zulassung schriftlich mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift Prüfungsteilnehmer

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber