

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

AUSBILDUNG

## Antrag auf Abkürzung der Ausbildungsdauer

### Auszubildende:r

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

### Ausbildende:r

Name, Vorname:

Anschrift / Praxisstempel:

Hiermit beantragen wir, die Ausbildungsdauer abzukürzen: (Bitte wählen Sie aus!)

- um 3 Monate       um 12 Monate       auf das Ausbildungsende \_\_\_\_\_
- um 6 Monate       um \_\_\_\_ Monate

Begründung:

Nachweise für den Abkürzungsgrund sind dem Antrag in beglaubigter Kopie beigefügt, z. B. Abiturzeugnis, Zeugnis der Fachhochschulreife, Prüfungszeugnis/Prüfungsbrief, Arbeitszeugnis, Immatrikulations-/Exmatrikulationsbescheinigung

x

Datum, Unterschrift Auszubildende:r

bei Minderjährigkeit: Unterschrift gesetzliche:r Vertreter:in

x

Datum, Unterschrift Ausbildungende:r