

Absender:

Ausbildender Arzt / Ausbildende Ärztin:

Ärztchammer Berlin
Abteilung 3 - Berufsbildung
Friedrichstraße 16
10969 Berlin

Antrag auf Verlängerung der Ausbildungszeit

Hiermit beantrage ich eine Verlängerung meiner Ausbildungszeit um _____ Monate.

Begründung:

Die jeweiligen Nachweise (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ggf. Zeugniskarte) füge ich dem Antrag bei.

Ort, Datum

Unterschrift Auszubildende/r

ggf. Unterschrift des Vaters / der Mutter / des Vormunds