

Auszubildende/r:

An
den ausbildenden Arzt / die ausbildende Ärztin

**Verlangen der Verlängerung der Ausbildungszeit wegen
nicht bestandener Abschlussprüfung**

Hiermit zeige ich an, dass ich die Abschlussprüfung im Sommer / Winter _____
zum/zur Medizinischen Fachangestellten bzw. zum/zur Arzthelfer/in nicht bestanden habe.

Ich verlange daher eine Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses bis zur nächstmöglichen
Abschlussprüfung.

Ort, Datum

Unterschrift Auszubildende/r

ggf. Unterschrift des Vaters / der Mutter / des Vormunds