

**Auszubildende/r:**

---

---

---

**Ausbildender Arzt / Ausbildende Ärztin:**

---

---

---

Ärztammer Berlin  
Abteilung 3 - Berufsbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

---

**Antrag auf Abkürzung der Ausbildungszeit**

---

Hiermit beantragen wir, die Ausbildungszeit von Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
um \_\_\_\_\_ Monate abzukürzen.

Begründung:

---

---

---

Die jeweiligen Nachweise (z.B. Zeugnisse in **beglaubigter Kopie**, Bescheinigungen) fügen  
wir dem Antrag bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbildende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des Vaters / der Mutter / des Vormunds