
(Name) (Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse) (Telefon)

(Aktenzeichen)

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Joseph-König-Straße 3
48147 Münster**

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Medizin

Hiermit beantrage ich, _____,
geboren am _____ in _____, die
Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Ich bin bereits als Kammerangehöriger bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe
eingetragen:

- Ja
 Nein

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem
anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher **nicht** beantragt habe.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Hinweis:

Eine Ladung kann **jederzeit** nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung
erfolgen.