

Hiermit verlange ich die Verlängerung meines Ausbildungsverhältnisses nach nicht bestandener Abschlussprüfung bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens um ein Jahr gemessen vom ursprünglichen Endzeitpunkt des Berufsausbildungsvertrages.

Name der/des Auszubildenden: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer bei Rückfragen: _____

Ort, Datum

(Unterschrift des/ der Auszubildenden)

(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Hiermit habe ich das Verlangen zur Weiterbeschäftigung zur Kenntnis genommen.

Ausbildende/r Ärztin/Arzt: _____

Praxisanschrift: _____

Telefonnummer bei Rückfragen: _____

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel der/ des ausbildenden
Ärztin/ Arztes)

Die zuständige Kreisstelle der Ärztekammer Nordrhein ist durch Übersendung einer Kopie über die Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses in Kenntnis zu setzen!