



Landes Zahnärztekammer Sachsen
Ressort Ausbildung
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Telefax: 0351 8066-241

Anmeldung zur Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

Prüfungsteilnehmer/in (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Registrier-Nr. des Ausbildungsvertrages:

Berufsschulzentrum:

Ausbildungspraxis:

Die in der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten vom 04. Juli 2001 ausgewiesenen Ausbildungsinhalte wurden bis zum 18. Ausbildungsmonat vollständig vermittelt.

.....
Praxisstempel

.....
Unterschrift der Ausbilderin/
des Ausbilders

.....
Unterschrift der/des
Auszubildenden