

97070 Würzburg

Ort, Datum

Familienname:

Vorname:

**Anschrift**

Straße/Platz, Hausnr.:

Postleitzahl, Ort:

**Antrag auf Anrechnung einer im Ausland absolvierten praktischen Ausbildung in der Krankenanstalt (sog. Auslands-PJ)**

ein Tertial Gebühr: 20,00 €	zwei Tertiale Gebühr: 30,00 €	drei Tertiale Gebühr: 40,00 €
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Bezeichnung der Einrichtung

Name der Hochschule  
von: bis: Wochen: Innere Chirurgie  
Wahlfach:

Bezeichnung der Einrichtung

Name der Hochschule  
von: bis: Wochen: Innere Chirurgie  
Wahlfach:

Bezeichnung der Einrichtung

Name der Hochschule  
von: bis: Wochen: Innere Chirurgie  
Wahlfach:

Bezeichnung der Einrichtung

Name der Hochschule  
von: bis: Wochen: Innere Chirurgie  
Wahlfach:

**Hinweis:** Bitte fügen Sie dem Antrag entweder eine Immatrikulationsbescheinigung oder eine Äquivalenzbescheinigung der ausländischen Universität bei.

(Eigenhändige Unterschrift)

**- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -**

Die Anrechnung wird wie beantragt genehmigt. Die anfallende Gebühr wurde entrichtet.

Würzburg, den

Sachbearbeiter: