



Ausstellende Praxis/Klinik/Behörde

-----  
(Bezeichnung Praxis/Klinik/Behörde, ggf. Abteilung)

-----  
(Ansprechpartner)

-----  
(Anschrift)

## Bestätigung einer Tätigkeit als Weiterbildungsassistent/in zur Vorlage bei der Zahnärztekammer Nordrhein

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass Frau/Herr

-----  
seit dem \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_

in unserer Praxis/Klinik/Behörde als Weiterbildungsassistent/in im Fachgebiet

- Kieferorthopädie
- Oralchirurgie
- Öffentliches Gesundheitswesen

tätig ist.

-----  
(Datum, Unterschrift, Stempel)