

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)