

Name	Vorname
Straße	ggf. Geburtsname
PLZ/Wohnort	Geburtsdatum
Tel. Nr.	Geburtsort

- bitte in Druckschrift –

Landesverwaltungsamt
- Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe –
Neustädter Passage 15

06122 Halle/Saale

Betreff: Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung

der Berufsbezeichnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage hiermit die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der

Berufsbezeichnung

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift