

Thüringer Landesverwaltungsamt Weimar
Referat 720
Jorge-Semprún-Platz 4
99423 Weimar

**Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung als Masseur /
medizinischer Bademeister**

Name _____ Vorname _____ Telefonnummer _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

PLZ _____ Wohnort _____

Straße _____ Nr. _____

Ausbildungszeitraum eintragen

von _____ bis _____

Schule _____

Ausbildungsverlängerung ja bis wann _____
nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

- | | |
|----------------------|---|
| schriftliche Prüfung | Fächergruppe I
Fächergruppe II |
| mündliche Prüfung | Anatomie
Spezielle Krankheitslehre |
| praktische Prüfung | Fächergruppe I
Fächergruppe II
Fächergruppe III |

Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung (Formular) im Original bei.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers