

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung | <input type="checkbox"/> Fächergruppe I            |
|   | <input type="checkbox"/> Fächergruppe II           |
| <input type="checkbox"/> mündliche Prüfung    | <input type="checkbox"/> Anatomie                  |
|   | <input type="checkbox"/> Spezielle Krankheitslehre |
| <input type="checkbox"/> praktische Prüfung   | <input type="checkbox"/> Fächergruppe I            |
|   | <input type="checkbox"/> Fächergruppe II           |
|   | <input type="checkbox"/> Fächergruppe III          |

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

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers