

# Famulaturzeugnis

## für die Zahnärztliche Famulatur

Name, Vorname der/des Studierenden

Geburtsdatum

Geburtsort

hat nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

vom

bis zum

regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung die Famulatur absolviert.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende in der

Bezeichnung der Einrichtung

vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:

Nein

Ja

vom

bis zum

Stempel der Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin