

## Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern

Am Essigberg 14, 94315 Straubing, Tel. 09421/56 86 88 – 40, Fax: 09421/56 86 88 - 88

### Antrag auf Genehmigung einer

3. Auszubildenden

4. Auszubildenden

im Ausbildungsjahr 20\_\_

**Praxisstempel:**

**Aktueller Personalstand:**

**Vollzeitkräfte:**

\_\_\_\_\_ ZAH/ZFA

\_\_\_\_\_ Assistent/in

\_\_\_\_\_ angest. Zahnarzt/Zahnärztin

.....  
Ort, Datum

**Halbtagskräfte:**

\_\_\_\_\_ ZAH/ZFA

\_\_\_\_\_ Assistent/in

\_\_\_\_\_ angestellter Zahnarzt/Zahnärztin

.....  
Unterschrift

### Genehmigung des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern

Der Antrag wurde geprüft. Der Genehmigung einer

3. Auszubildenden

4. Auszubildenden

wird

zugestimmt

nicht zugestimmt

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Referent Zahnärztliches Personal

Unterschrift

ZBV Niederbayern