
(Name)	(Vorname)
--------	-----------

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse)	(Telefon)
-----------------	-----------

(Aktenzeichen)	(Geburtsdatum)
----------------	----------------

**Bezirksregierung Münster
-Dezernat 241 – ZAG-aH-
Domplatz 1-3
48143 Münster**

Ärztliche Bescheinigung (zutreffendes bitte ankreuzen)

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des

- ärztlichen
- zahnärztlichen
- pharmazeutischen

Berufes ungeeignet ist.

(Ort und Datum)	(Unterschrift)
-----------------	----------------

