

Absender:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 496  
24106 Kiel

### **Meldung der Beendigung der Weiterbildung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich gemäß § 3 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein die Beendigung der Weiterbildung

der Frau / des Herrn \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name Weiterzubildende/r)

zum \_\_\_\_\_.  
(Datum)

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift Weiterbildende/r)