

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 meiner Weiterbildung

bei Frau / Herrn _____
(Vorname, Name Weiterbildende/r)

zum _____.
(Datum)

Mit freundlichen Grüßen

(Ort, Datum)

(Unterschrift Weiterzubildende/r)