

Absender:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 496  
24106 Kiel

### **Meldung des Beginns der Weiterbildung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit melde ich gemäß § 3 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein den Beginn meiner Weiterbildung

bei Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name Weiterbildende/r)

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

Meine vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.

Mit freundlichen Grüßen

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Weiterzubildende/r)