

Name	Vorname
Straße	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mail

Bezirksregierung Detmold  
- Dezernat 24 -  
Leopoldstr. 15  
32756 Detmold

Gebührenpflichtiger

**Antrag**

Hiermit beantrage ich die Erteilung der Approbation als Arzt / Ärztin.

**Angaben zur Person:**

Geburtsdatum:	
Geburtsort und -land:	
ggf. Geburtsname:	
Staatsangehörigkeit:	

**Angaben zur absolvierten Ausbildung:**

Studienzeitraum	von: bis:
Universität	
Ort der letzten Prüfung	

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.**

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)