

Thüringer Landesverwaltungsamt Weimar  
Referat 550  
Weimarplatz 4  
99423 Weimar

**Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung in der Fachrichtung  
Medizinisch-technische Laborassistenz**

Name	Vorname	Telefonnummer
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	
_____	_____	
PLZ	Wohnort	
_____	_____	
Straße		Nr.
_____		_____

Ausbildungszeitraum eintragen

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Ausbildungsverlängerung ja bis wann \_\_\_\_\_

nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

schriftliche Prüfung

mündliche Prüfung

praktische Prüfung

Histologie / Zytologie

Klinische Chemie

Hämatologie

Mikrobiologie

Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung (Formular) im Original bei.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_