

Thüringer Landesverwaltungsamt Weimar
Referat 550
Weimarplatz 4
99423 Weimar

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

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

Radiologische Diagnostik und andere bildgebende Verfahren
Strahlentherapie
Nuklearmedizin
Strahlenphysik, Dosimetrie und Strahlenschutz

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

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____