

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

Name, Vorname \_\_\_\_\_

- als Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitle)
- in einem medizinischen Assistenzberuf
- in einem Gesundheitsfachberuf

in unserer Klinik / Praxis / Universität / Organisation beschäftigt ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel  
der Klinik / Praxis/  
Universität / Organisation \_\_\_\_\_