

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

- Frau \_\_\_\_\_
- Herr \_\_\_\_\_
  
- als Ärztliches Fachpersonal in Weiterbildung (ohne Facharzttitle)

in unserem Haus / unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

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

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