

An die  
Landeszahnärztekammer Hessen  
Frau Katharina Ehlert  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt am Main

**Anmeldung zur Zwischenprüfung „Zahnmedizinische Fachangestellte“**

**Ausbildungsvertrag Nr.:**

**Name der/des Auszubildenden:**

**Berufsschulort:**

**Name und Anschrift  
der/des Auszubildenden:**

....., den .....

Ort

Datum

.....  
Unterschrift der/des Auszubildenden

.....  
Unterschrift der/des ausbildenden Zahnärztin/Zahnarztes