



1. Angaben zur Person

Adressdaten	
Titel / Name:	
Geburtsdatum/-ort:	
Staatsangehörigkeit:	
	<i>dienstlich</i> <i>privat</i>
Straße / Ort:	
Telefon / E-Mail:	

2. Antrag auf Genehmigung

Hiermit beantrage ich gem. § 4 Abs. 6 Weiterbildungsordnung (WO) v. 09.04.2005 i. d. F. v. 29.11.2014 eine	
Teilzeitweiterbildung in der angestrebten Facharzt- / Schwerpunkt- / Zusatz-Weiterbildung:	
(Bitte Angabe der genauen Bezeichnung)	
vorr. Zeitraum der Teilzeitweiterbildung: (genaues Datum von - bis)	-
Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit: (Bitte um genaue Angabe der Stunden pro Woche und des prozentualen Anteils an der Wochenarbeitszeit)	Std. / Woche % von Wochenarbeitszeit
Name und Anschrift des Weiterbildungsleiters und der Weiterbildungsstätte:	
	<i>Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages bei!</i>
Begründung der Teilzeitweiterbildung:	
☐ Betreuung von Kindern ☐ Pflege / Versorgung Angehöriger ☐ Promotionsvorhaben ☐ Forschungstätigkeit ☐ Gesundheitliche Gründe Haben diese Auswirkungen auf den Erwerb bestimmter nach WO / Richtlinien geforderter Weiterbildungsinhalte? ☐ Nein ☐ Ja (bitte in einem ergänzenden Schreiben erläutern)	☐ Sonstiges / Anmerkungen:

3. Bestätigung

Unterschrift	
Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit aller der in diesem Antrag enthaltenen Angaben und die Übereinstimmung der von mir eingereichten Fotokopie meines Arbeitsvertrages mit dem Original.	
Ort, Datum	Unterschrift