



Der Dekan

Bearbeiterin : Frau M.-A. Kahle
Telefon: (0 69) 63 01- 7240
Telefax: (0 69) 63 01- 5922

**BESCHEINIGUNG ÜBER EIN VIERSEMESTRIGES ERGÄNZUNGSSTUDIUM IM
RAHMEN DER PROMOTION ZUM DR.RER.MED.**

(vorzulegen bei Antragstellung auf Zulassung zur theoretischen medizinischen Doktorprüfung)

Frau / Herr _____, geb. am _____
Name Vorname

in _____, hat an den folgenden Lehrveranstaltungen
regelmäßig teilgenommen.

	Fach 1: Fach d. Promotionsarbeit	Fach 2:	Fach 3:
Titel und Dozent der Grundvorlesung			
Titel und Dozent der weiterführenden Spezialveranstaltung			
Titel und Dozent der weiterführenden Spezialveranstaltung			
SS/WS Jahre			
Bestätigung der regelmäßigen Teilnahme Datum/Unterschrift Stempel der Dozenten/innen			