



Der Dekan

Promotionsbüro

Telefon: (0 69) 63 01- 67 79

Telefax: (0 69) 63 01- 5922

Frankfurt am Main, den _____

PROTOKOLL

über die Prüfung im Rahmen des Ergänzungsstudiums zum Dr. rer. med.
(vorzulegen bei Antragstellung auf Zulassung zur theoretischen medizinischen
Doktorprüfung)

von Frau/Herrn _____

Fach: _____

1. Prüfer/in (Vorsitz): _____

2. Prüfer/in: _____

Beginn der Prüfung: _____

Ende der Prüfung: _____

Prüfungsgegenstände:

bestanden / nicht bestanden*

Ort / Datum

Unterschrift des 1. Prüfers

Ort / Datum

Unterschrift des 2. Prüfers

* nicht zutreffendes bitte streichen