



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.

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