

An:

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Magdeburger Str. 38
06112 Halle (Saale)



SACHSEN-ANHALT

**Landesamt für Soziales,
Jugend und Gesundheit**

Rücknahme meines Antrags auf berufliche Anerkennung (Arzt/Zahnarzt/Apotheker/Psychotherapeut)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail-Adresse:

Hiermit nehme ich meinen Antrag auf Erteilung der

Berufserlaubnis

Approbation

zurück.

Ort, Datum

Unterschrift