

Name	Vorname
Straße	ggf. Geburtsname
PLZ/Wohnort	Geburtsdatum
Tel. Nr.	Geburtsort

- bitte in Druckschrift –

Landesverwaltungsamt  
- Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe –  
Maxim-Gorki-Str. 7

06114 Halle/Saale

**Betreff: Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung**  
**der Berufsbezeichnung .....**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
ich beantrage hiermit die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der  
Berufsbezeichnung .....

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift