

Nachname _____

Anlage 1

Anlage 1 zum
Antrag auf Prüfungszulassung zum „Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“

WEITERBILDUNGSNACHWEIS / TÄTIGKEITSNACHWEIS

Nachweis einer mindestens zweijährigen Weiterbildung nach dem Staatsexamen an einer von der DGFDT anerkannten Weiterbildungsstätte **oder**

Nachweis einer mindestens vierjährigen Tätigkeit als Zahnarzt mit Schwerpunkt Funktionsdiagnostik und -therapie.

von	bis	Monate	Weiterbildungsstätte / Praxis	Leiter
gesamt				

Titel, Vorname, Nachname des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift