

Bitte einsenden an:

Landesamt für Gesundheit und  
Soziales Landesprüfungsamt für  
Heilberufe PF 16 11 61, 18024 Rostock

## Antragsrücknahme

### Angaben zur Person

<b>Nachname</b>		
<b>Ggf. Geburtsname</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Aktuelle Meldeadresse*</b>	<i>Straße</i>	
	<i>Postleitzahl</i>	
	<i>Ort</i>	
<b>Emailadresse</b>		
<b>Telefonnummer</b>		

**Hiermit ziehe ich meinen Antrag auf Erteilung:**

- ☐ Approbation                      ☐ Berufserlaubnis

**als:**

- ☐ Arzt/ Ärztin  
☐ Zahnarzt/Zahnärztin  
☐ Apotheker/in  
☐ Psychotherapeut/in

**zurück.**

Mir ist bekannt, dass die Antragsunterlagen nicht an mich zurückgegeben werden.

---

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift