

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Dienstanschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

Ärztammer Nordrhein  
Weiterbildungsabteilung  
Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber  
sonst Vermerk über evtl.Arbeitslosigkeit

Antrag auf Ausstellung einer Bescheinigung über Kenntnisse im Strahlenschutz nach  
RöV für medizinisches Hilfspersonal

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Ausstellung einer Bescheinigung über die Kenntnisse im  
Strahlenschutz nach Röntgenverordnung ( RöV ).

Mit freundlichen Grüßen

-----  
Unterschrift