



Teilerkennung für Kinderheilkunde

Matrikelnummer	
Name	
Vorname	
Studiengang	

Folgende Teilleistungen werden dem/der oben genannten Studenten/Studentin anerkannt:

	Semester	Hochschule
Prüfungen:		
JAP4 (Kinderheilkunde)	<input type="checkbox"/>	
Kurse:		
Kinderheilkunde 1 (V)	<input type="checkbox"/>	
Kinder-Neuropädiatrie (V)	<input type="checkbox"/>	
Kinder-Urologie (V)	<input type="checkbox"/>	
Kinder-Onkologie (V)	<input type="checkbox"/>	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel Fachgebiet