

<p><b>Förderprogramm ARBERLAND-Klinikstudent Bewerbungsformular</b></p>
---

**Für das Förderprogramm ARBERLAND-Klinikstudent bewirbt sich:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Abitur**

(Die Kopie des Abiturzeugnisses ist der Bewerbung beizufügen.)

**Name der Schule:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Durchschnittsnote:** \_\_\_\_\_

**Studium:**

(Die Kopie der Immatrikulationsbescheinigung ist der Bewerbung beizufügen.)

**Beginn:** \_\_\_\_\_

**Name der Universität:** \_\_\_\_\_

**Geplantes Ende:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie bereits Vorstellungen  
zur Fachrichtung?** \_\_\_\_\_

**Bereits absolvierte Nachweise / Praktika / Famula an medizinischen Einrichtungen:**

	Dauer	Name der Einrichtung	Klinik / Station / Abteilung
1			
2			
3			
4			
5			

**Förderprogramm ARBERLAND-Klinikstudent  
Bewerbungsformular**

Bezug zur Region (Regierungsbezirke Niederbayern / Oberpfalz)  
Welchen Bezug haben Sie zur Region „Bayerischer Wald“?

---

---

---

Motivation

Warum bewerben Sie sich für das Förderprogramm?

---

---

---

---

Angaben zur Privatanschrift

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift am Studienort (falls von o.g. Anschrift abweichend)

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift Bewerberin / Bewerber