

<p>Förderprogramm ARBERLAND-Klinikstudent Bewerbungsformular</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