
(Vorname und Name)

(Geburtsdatum und –ort)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Telefonnummer)

An das
Landesamt für soziale Dienste
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

Antrag auf Zulassung zur Ergänzungsprüfung / Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung Notfallsanitäter/in

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum/zur Notfallsanitäter/in an der DRK-Rettungsdienstschule Schleswig-Holstein gGmbH am _____ sowie bei Bestehen der Prüfung die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Notfallsanitäter/in. Die erforderlichen Unterlagen füge ich bei.

(Datum, Unterschrift)