

# ZULASSUNGSANTRAG KJP

Anlage 1

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Landesprüfungsamt für Heilberufe  
Frau Lobe  
Billstraße 80  
20539 Hamburg

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur staatlichen Prüfung als  
**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut**

im  **Frühjahr** \_\_\_\_\_  **Herbst** \_\_\_\_\_ (bitte das Jahr ergänzen)

Bitte deutlich in Blockschrift vollständig ausfüllen.

Anrede	
Name	
Geburtsname	
Vorname/n (laut Geburtsurkunde)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon-Nr.	
Email	
Ausbildungsstätte	
Verfahren	
Beginn der Ausbildung	
Art der Ausbildung	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Studienabschluss	
Universität/ Hochschule	
Erwerbsjahr	
Note	

(Datum / Unterschrift)