



**Auszubildende/r:**

---

---

---

**Ausbildender Arzt / Ausbildende Ärztin:**

---

---

---

Ärztekammer Hamburg  
Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte  
Weidestraße 122 b  
22083 Hamburg

**Antrag auf Abkürzung der Ausbildungszeit gemäß § 8 (Abs. 1) BBiG**

Hiermit beantragen wir, die Ausbildungszeit von Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
um \_\_\_\_\_ Monate abzukürzen.

**Begründung:**

---

---

---

Die jeweiligen Nachweise (z.B. Zeugnisse in **beglaubigter Kopie**, Bescheinigungen) fügen wir dem Antrag bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auszubildende/r

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des Vaters / der Mutter /  
des Vormunds