

ÄRZTLICHES ATTEST

Zur Vorlage bei der Schloss-Schule Reinisch GmbH, St. Georgen 66, 8413 St. Georgen

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Zweck der Untersuchung: Antritt der Berufsausbildung zur/m Medizinischen Masseur/in

Es wird hiermit bestätigt, dass Herr/Frau

die für die Berufsausübung als Medizinische/r Masseur/in nötige
gesundheitliche Eignung besitzt.

Ort / Datum

Unterschrift und Stampiglie der untersuchenden
Ärztin/des untersuchenden Arztes für
Allgemeinmedizin