

A l'ordre de:
Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Walter-Möller-Platz 1
D-60439 Frankfurt am Main

A t t e s t a t i o n

Monsieur/Madame _____
nom/prénom

né/e le _____ à _____

étudiant/e en médecine, a effectué pendant sa dernière année d'études et dans le cadre du
DCEM 4 un stage de 4 mois dans

la discipline _____

de _____ à _____

à plein temps

à _____
nom de l'établissement hospitalier

La formation pratique a comporté les activités et spécialités suivantes:

(écrire le cas échéant au verso, s.v.p.)

Journées d'absence _____
(congés, maladie)

Date, signature du médecin formateur

Tampon de l'établissement