technische universität dortmund

RUHR UNIVERSITÄT BOCHUM RUB

Master of Science in Medizinphysik – Leistungsnachweis im Schwerpunktmodul:

.....

Frau/Herr..... (Matr.-Nr. .....)
hat im o.g. Schwerpunktmodul an folgenden Veranstaltungen erfolgreich teilgenommen:

Art	Titel	SWS	CP	Unterschrift
			Σ CP	

Die Zulassungsvoraussetzungen (15-25 CP) für die mündliche Modulabschlussprüfung sind erfüllt.

_____	_____	_____
Ort, Datum	(Unterschrift Modulbeauftragte/r)	(Name Modulbeauftragte/r in Druckbuchstaben)

Die mündliche Prüfung wurde

mit der Note ..... (in Ziffern) am ..... erfolgreich abgeschlossen.

.....	.....
(Unterschrift Prüferin/Prüfer)	(Name Prüfer/in Druckbuchstaben)