

**Master of Science in Medizinphysik
Leistungsnachweis im folgenden Schwerpunktmodul:**

Name: _____ Matrikelnr.: _____

hat im o.g. Schwerpunktmodul folgende Studienleistungen erfolgreich absolviert:

exakter Titel (laut Modulhandbuch!)	CP	Unterschrift Zentrale Prüfungsverwaltung
Σ CP		

Die Zulassungsvoraussetzungen (13-23 CP) für die mündliche Abschlussprüfung des o.g. Schwerpunktmoduls sind erfüllt.

Ort, Datum	Unterschrift Schwerpunktmodulbeauftragte/r	Name Schwerpunktmodulbeauftragte/r in Druckbuchstaben
------------	---	--

Die mündliche Abschlussprüfung wurde

am _____ mit der Note (in Ziffern) _____ absolviert.

Unterschrift Prüfer/in	Name Prüfer/in
------------------------	----------------

Hinweis: Das Ergebnis der mündlichen Abschlussprüfung ist **ausschließlich** durch den Prüfer/ die Prüferin an die Zentrale Prüfungsverwaltung, Team 2 (pruefungsverwaltung-physik@tu-dortmund.de) der TU Dortmund zu übermitteln!