

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

An den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses für den Studiengang

**Bachelor Berufliche Bildung Pflege** an der Hochschule Bielefeld

**Bachelor Berufliche Bildung Therapie** an der Hochschule Bielefeld

**Antrag auf Zulassung**

**zur Bachelorarbeit und zum Kolloquium**

Erster Versuch (Bachelorarbeit) ja  nein

Erster Versuch (Kolloquium) (falls zutreffend) ja  nein

Zulassung von Zuhörern beim Kolloquium ja  nein

Betreuer (Vorschlag): \_\_\_\_\_

Bielefeld, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Kandidaten)

<b>Name:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____
<b>Martikellnummer:</b> _____

<b>Kontrollvermerke:</b> Studierendenservice
_____
_____
MP: _____
MP: _____
MP: _____

Vom Betreuer auszufüllen
2.Prüfer (Vorschlag): _____
Titel der Bachelorarbeit:
_____
_____
_____
<b>Bearbeitungszeit: 8 Wochen / empirisch 12 Wochen</b>
Die Arbeit ist
<input type="radio"/> mit dem Unternehmen/der Einrichtung/der Behörde, etc. im Rahmen eines Drittmittelprojektes o. ä. erstellt worden.
Name der Einrichtung: _____
Bielefeld, _____
_____ (Unterschrift 1. Prüfer)

Zulassung zur Bachelorarbeit am:
Ausgabedatum: _____
Abgabedatum: _____
_____ Datum (Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses)

Zulassung zum Kolloquium: falls zutreffend, ausfüllen
Bielefeld, _____
_____ (Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses)