Anmeldung der Projektarbeit im Master Experimentelle Medizin

Antragsteller*in:

Arbeitsgruppe/Institut/Klinik

Betreuer*in:

E-Mail Adresse Betreuer*in:

Titel der Projektarbeit (deutsch und englisch):

(von der/vom Antragsteller*in) **gewünschter Beginn** der Projektarbeit:

(vom Prüfungsausschuss) festgelegter **Ausgabetermin**:

(vom Prüfungsausschuss) festgelegter **Abgabetermin**:

Bestätigung der Betreuung

Genehmigung Prüfungsausschuss

Thema der Projektarbeit - Outline

Anmeldung per E-Mail an Experimentelle.Medizin@uni-muenster.de