

# Anmeldung der Projektarbeit im Master Experimentelle Medizin

Antragsteller\*in:

Arbeitsgruppe/Institut/Klinik

Betreuer\*in:

E-Mail Adresse Betreuer\*in:

Titel der Projektarbeit:

(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](mailto:Experimentelle.Medizin@uni-muenster.de)