

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

An: Vorsitzende\*n des Prüfungsausschusses für den Studiengang **Master MPT** an der Hochschule Bielefeld

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

### Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit

Erster Versuch (Masterarbeit) ja  nein

Zweiter Versuch (Masterarbeit) ja  nein

Betreuer\*in:

Bielefeld,

### Kontrollvermerke für den Studierendenservice:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Studierende\*r)

2. Prüfer\*in (bitte mit akad. Titel angeben):

Thema der Masterarbeit:

**Bearbeitungszeit: 16 Wochen oder 20 Wochen (empirische Masterarbeit)**

**Bitte zutreffendes unterstreichen!**

Die Arbeit wird in einem Unternehmen erstellt.

Name des Unternehmens:

Abgabe digital (Uploadfunktion/Website)

Abgabe Papierform an Studierendenservice (zweifache Ausfertigung)

Bielefeld,

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 1. Prüfer\*in)

### Zulassung zur Masterarbeit

Ausgabedatum:

Abgabedatum:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Vorsitzende\*r des Prüfungsausschusses)