Anlage 1

Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Apothekerkammer Nordrhein

Dokumentation der innerbetrieblichen Fortbildung

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau _____
Name, Vorname, Wohnort

im Nachweiszeitraum von: _____ bis: _____

an folgenden innerbetrieblichen Fortbildungen teilgenommen hat:

Datum	Dauer (min)	Themen
		Gesamtminutenzahl
		Gesamtpunktzahl **(wird durch die Kammergeschäftsstelle berechnet und ausgefüllt)**

_____ _____ _____

Apotheke/Apothekenstempel Ort/Datum Unterschrift Apothekenleiter/in

Bitte Formblatt bei Bedarf kopieren!