

ANTRAG AUF VERKÜRZUNG

der Ausbildungszeit



bitte per Fax an 0211-8388-220

im Ausbildungsberuf: **Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r (PKA)**

Vor- und Nachname der/des Auszubildenden

Geburtsdatum

Ausbildungsapotheke:

Verantwortlicher Ausbilder/in:

Anschrift der Apotheke:

Telefonnr. der Apotheke

Besuchte Berufsschule (Ort)

Beginn der Ausbildung:

- Verkürzung der Ausbildung aufgrund:
- schulischer/beruflicher Vorbildung (6 Monate)
(z.B. Abitur oder Fachhochschulreife)
(Abschlusszeugnis bzw. Nachweise in Kopie beifügen!)
 - der Leistung während der Ausbildung (6 Monate)
(vorgezogene Abschlussprüfung)
 - sowohl schulischer/beruflicher Vorbildung als auch
Leistung während der Ausbildung (12 Monate)

Für die Teilnahme an der vorgezogenen Abschlussprüfung
: im Sommer muss der Antrag bis spätestens zum 31.1. des Jahres und für die Teilnahme
: im Winter muss der Antrag bis spätestens zum 31.8. des Jahres bei der Apothekerkammer
Nordrhein eingegangen sein.
Erst nach der Frist werden diese Anträge bearbeitet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der/des Auszubildenden

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des/der Apothekenleiters/in