

# ANTRAG AUF VERKÜRZUNG

der Ausbildungszeit



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

Vor- u. 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