

## Anmeldung zur Regelweiterbildung mit Fernbetreuung

im Gebiet: \_\_\_\_\_  Beginn  Fortführung

Anzeige innerhalb eines Monats an die Apothekerkammer Nordrhein, Abt. Weiterbildung/  
QMS, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Telefon: 0211/8388-140, Telefax: 0211/8388-240

**Regelweiterzubildende/r:**

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Zugelassene Weiterbildungsstätte des Arbeitgebers:

Name der/s Apotheke / Betriebes \_\_\_\_\_

Name des/r Apothekenleiters/in /  
bzw. des/r Betriebsleiters/in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Zugelassene Weiterbildungsstätte des/r ermächtigten Fernbetreuers/in:

Name der/s Apotheke / Betriebes \_\_\_\_\_

Name des/r Apothekenleiters/in /  
bzw. des/r Betriebsleiters/in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Persönlich ermächtigte/r Betreuer/in:**

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mit dem Antrag zur Weiterbildung muss ein **Weiterbildungsplan** eingereicht werden, aus dem hervorgeht, wann welche Inhalte vermittelt bzw. besprochen werden sollen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Regelweiterzubildende/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift persönlich ermächtigter/r Betreuer/in

**ANLAGE 4  
WEITERBILDUNGSPLAN**

<b>Weiterzubildende/r</b>	<b>Ermächtigte/r</b>
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
Weiterbildungsstätte:	Weiterbildungsstätte:

Folgende Weiterbildungsziele sollen vorwiegend im angegebenen Zeitraum vermittelt bzw. angeeignet werden:

<b>Zeitraum</b>	<b>Weiterbildungsziele</b>
1. WB-Jahr	
2. WB-Jahr	
3. WB-Jahr	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Weiterzubildenden

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Ermächtigten