

Anmeldung zur Regelweiterbildung ohne Fernbetreuung

im Gebiet: _____ Beginn Fortführung

**Anzeige innerhalb eines Monats an die Apothekerkammer Nordrhein, GB 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: _____

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 ermächtigte/r Betreuer/in

**ANLAGE 4
WEITERBILDUNGSPLAN**

Weiterzubildende/r	Ermächtigte/r
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Mitgliedsnummer:	Mitgliedsnummer:
Weiterbildungsstätte:	Weiterbildungsstätte:

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

Zeitraum	Weiterbildungsziele
1. WB-Jahr	
2. WB-Jahr	
3. WB-Jahr	

Datum, Unterschrift der/s Weiterzubildenden

Datum, Unterschrift der/s Ermächtigten