

Fehlzeitenstatistik - Ausbildungsapotheke

(Bitte geben Sie nur die Fehlzeiten in der Ausbildungsapotheke an!)

Ausbildungsapotheke: _____ Apothekenleiter: in: _____

Name der/des Auszubildenden: _____ Ausbildungszeit lt. Vertrag Beginn: _____

Ende: _____

Zur Vorlage bei der Apothekerkammer

Antrag Anmeldung zur Zwischenprüfung

Antrag auf Zulassung zur Abschlussprüfung

	1. Ausbildungsjahr		2. Ausbildungsjahr		3. Ausbildungsjahr		4. Ausbildungsjahr (bei Vertragsverlängerungen)	
	1. Semester	2. Semester	3. Semester	4. Semester	5. Semester	6. Semester	7. Semester	8. Semester
versäumte Tage								
davon unentschuldigt								

Unterbrechung wegen
Schwangerschaft/ Elternzeit von: _____ bis _____

Datum, Unterschrift und Stempel der Ausbildungsapotheke

Datum, Unterschrift der/ des Auszubildenden