

Anmeldung zum Schulbesuch			
Pharmazeutisch-kaufmännische/-r Angestellte/-r			
Persönliche Angaben (Auszubildende/-r)			
Familienname:		Vorname(n):	Geburtsname (bei Verheirateten):
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsland:	
Straße / Hausnummer:		PLZ:	Wohnort:
Telefon / Handy:		E-Mail:	
Staatsangehörigkeit:	Religion:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Familienstand:
Erziehungsberechtigte(r) / sonstige Bezugsperson			
Familienname:	Vorname:		Verhältnis zum/zur Schüler/-in:
Straße / Hausnummer:	PLZ / Wohnort:	Telefon/Handy:	E-Mail:
Höchster erreichter Schulabschluss			
Abschluss:		Schulart:	
Name und Ort der Schule:			
Ausbildungsapotheke			
Name der Apotheke:	Ausbildender Apotheker:	Weitere Ansprechperson:	
Straße / Hausnummer:	PLZ / Ort:	Telefon-Nummer:	
E-Mail:		Fax-Nummer:	
<b>Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 1. Lehrjahr):</b> (gewünschte Kombination bitte ankreuzen)		<b>Schultage (bei Ausbildungsbeginn im 2. Lehrjahr):</b> (Lehrzeitverkürzung nach Genehmigung durch Apothekerkammer)	
<b>Erstschultag</b> <input type="checkbox"/> Dienstag	<b>Zweitschultag (14-tägig)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Montag <b>G1PK1</b>	<b>Erstschultag</b> <input type="checkbox"/> Mittwoch	<b>Zweitschultag (14-tägig)</b> <input checked="" type="checkbox"/> Montag <b>G2PK1</b>
Ausbildungsbeginn:		Lehrzeitverkürzung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum, Ort	Unterschrift Schüler/in	Stempel und Unterschrift Ausbildungsbetrieb	