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

Vor- und Nachname der/des Antragstellerin/s:

Ausbildungsapotheke:

Verantwortlicher Ausbilder/in:

Anschrift der Apotheke:

PLZ und Ort der Apotheke:

E-Mail-Adresse der Apotheke:

Beginn der Ausbildung:

Verkürzung der Ausbildung um: Monate

Verkürzung der Ausbildung aufgrund: [ ]  schulischer Vorbildung

*(Abschlusszeugnis bzw. Nachweise beifügen!)* [ ]  Anerkennung von Ausbildungszeiten

[ ]  Anerkennung eines EQ-Praktikums

*Ort, Datum Unterschrift des/der Auszubildenden*

**Stellungnahme des Ausbildungsbetriebs**

[ ]  Wir sind mit der Verkürzung einverstanden.

*Ort, Datum Stempel und Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s*