

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte

**gemäß § 4 der Weiterbildungsordnung
der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz**

1. Weiterbildungsgebiet

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie | <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie | <input type="checkbox"/> Theoretische und Praktische
Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Technologie | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik | |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | |

2. Persönliche Daten:

Apotheke / Institution: _____

Apothekeninhaber: _____

Anschrift: _____

Tel. / Fax: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Apothekeninhabers