

ANMELDUNG ZUR PKA-ABSCHLUßPRÜFUNG

Vor- und Zuname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____
Anschrift:	_____
Tel. privat:	_____

Ausbildungsapotheke:	_____
Anschrift:	_____
Apothekenleiter/In:	_____
Tel:	_____ Unterschrift des/r Auszubildenden: _____

Ausbildungszeit:	_____
Wiederholungsprüfung:	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> vorherige Prüfung am: _____ in: _____
	<u>wenn ja:</u> <input type="radio"/> Hiermit stelle ich als Prüfling den Antrag nach § 29 Abs. 2 Prüfungsordnung für PKA der LAK RLP auf Nichtwiederholen von selbständigen Prüfungsleistungen (Prüfungsbereich _____), die bereits mit mindestens ausreichenden Leistungen bestanden wurden.
Verkürzung:	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> um _____ Monate
Berufsschule:	_____

Dieses Anmeldeformular senden Sie bitte ausgefüllt mit den übrigen Unterlagen (s. Rückseite) **bis zum Anmeldeschluß** an die für Sie zuständige Adresse.