E-Mail: info@aksh-kiel.de / Fax: 0431-57935-20

APOTHEKERKAMMER
SCHLESWIG-HOLSTEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dokumentation der Hospitation (Kategorie 6)

Hiermit bestätige ich, dass

(Vorname)	(Nachname)	(Wohnort)

an folgenden Hospitationen im Rahmen der anerkannten Fortbildungsmaßnahme

_____
(Titel)

teilgenommen hat.

Datum	Dauer (min)	Thema
		Gesamtminutenzahl
		Gesamtpunktzahl (wird von der Apothekerkammer berechnet und ausgefüllt)

		_____	_____
(Ort)	(Datum)	Unterschrift der Ausbilderin/ des Ausbilders	Institutions-/Einrichtungs-Stempel