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

APOTHEKERKAMMER
SCHLESWIG-HOLSTEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dokumentation der innerbetrieblichen Fortbildung (Kategorie 8)

Hiermit bestätige ich, dass

(Vorname)	(Nachname)	(Wohnort)

an folgenden innerbetrieblichen Fortbildungen teilgenommen hat:

Nachweiszeitraum		**von:** **bis:**
Datum:	**Dauer (min.):**	**Themen:**
		Gesamtminutenzahl
		Gesamtpunktzahl (wird von der Apothekerkammer berechnet und ausgefüllt)

(Ort Apotheke)	(Datum)	(Unterschrift der Apothekenleiterin/ des Apothekenleiters)	(Apotheken-Stempel)