



**Anmeldung zur Berufsschule
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte
Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter**

Auszubildende/Auszubildender			
Name:		angestrebter/bisher erworbener Schulabschluss	
Vorname:		Schulform:	
Geburtsdatum:		aus Klasse:	
Geburtsort:		Entlassjahr:	
Geburtsland:		Name der Schule:	
Staatsangehörigkeit:		Straße/Nr:	
Religion:		PLZ/Ort:	
Anschrift		bei minderjährigen Schülerinnen und Schüler Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten	
Straße:		Name:	
PLZ/Ort:		Straße/Nr:	
Telefon:		PLZ/Ort:	
Mobil:		Telefon:	
Ausbildungsstätte			
Name der Apotheke:		Straße/Nr:	
Name der Ausbilderin/ Name des Ausbilders: Frau/Herr		PLZ/Ort:	
Ausbildungsbeginn:		Telefon:	
		E-Mail-Adresse:	
Bemerkungen:			
Die Einschulung sowie die Bekanntgabe des Stundenplans erfolgt am Freitag, 31. August 2018, um 10:00 Uhr in der Aula			
_____ Datum	_____ Stempel der Ausbildungsstätte	_____ Unterschrift der Ausbilderin/des Ausbilders	

Sollten Sie uns in Zeiten hoher Arbeitsbelastung telefonisch nicht erreichen, bitten wir Sie, uns ein Fax mit der Bitte um Rückruf zu senden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.