

An:

Landesamt für Soziales, Jugend und Gesundheit
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Apotheker -

Name, Vorname:

aktuelle Adresse:

Geburtstag und -ort:

Hiermit beantrage ich die Teilnahme an der **Kenntnisprüfung für Apotheker**.

Ich erkläre mich bereit, die Kosten hierfür zu übernehmen. Bisher habe ich an
Kenntnisprüfungen teilgenommen.

Hinweis:

Die Prüfungen finden jeweils im April / Mai und im November statt. Für die Prüfungen im April / Mai eines Jahres muss der Antrag auf Prüfungsteilnahme bis zum 10.01. vorliegen; für die Prüfungen im November eines Jahres muss der Antrag bis zum 10.06. vorliegen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift