

## Bescheinigung über die Ableistung des Apothekenpraktikums

Herr / Frau \_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

hat in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in der von mir geleiteten

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
(Name der Apotheke)

ein Praktikum von \_\_\_\_\_ Stunden abgeleistet und dabei Einblicke in die Betriebsabläufe der Apotheke und in die pharmazeutischen Tätigkeiten erhalten.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

(Stempel der Apotheke)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Apothekenleiters)