

Nachname
der Schülerin/ des Schülers: _____ Klasse: _____

Vorname
der Schülerin/ des Schülers: _____ Antragsdatum: _____

Hiermit beantrage ich die Ausstellung einer Praktikumsvereinbarung für das Apothekenpraktikum. Grundlagen dieses Praktikums bildet die Festlegungen der Verordnung über Berufsbildende Schulen (BbS-VO vom 17.07.2015) sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für pharmazeutisch-technische Assistenten/-innen (PTA-APrV) in der jeweils gültigen Fassung. Das Praktikum nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist während der schulischen Ausbildung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 außerhalb der Unterrichtszeiten in einer Apotheke unter der Aufsicht einer Apothekerin oder eines Apothekers abzuleisten. Es soll einen Einblick in die Betriebsabläufe einer Apotheke und die pharmazeutischen Tätigkeiten vermitteln und in Abschnitten von mindestens fünf Tagen abgeleistet werden. Das Praktikum umfasst insgesamt 160 Stunden.

Der Zeitraum für das Praktikum ist mit der Apotheke abgestimmt.

Zeitraum des Praktikums / der Praktika

von	bis
von	bis
von	bis

Praktikumseinrichtung	
	Name des zuständigen Betreuers in der Einrichtung
	Name der Einrichtung
	Straße und Hausnummer
	Postleitzahl und Ort
	Telefonnummer der Einrichtung

Unterschrift der beantragenden Schülerin / des Schülers

Unterschrift der schulischen
Betreuungslehrkraft

Unterschrift beider Personensorgeberechtigten der minderjährigen Schülerin / des minderjährigen Schülers