

## Antrag

# auf Fortsetzung der Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet "Arzneimittelinformation"

gemäß § 34 Abs. 2 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe (HmbKGGH)  
vom 21. Dezember 2005

Name:

(Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Vorname:

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Die Anerkennung zur Führung der Bezeichnung "Fachapotheker/in für Arzneimittelinformation"

habe ich mit Urkunde vom \_\_\_\_\_

von der Apothekerkammer \_\_\_\_\_ erhalten.

Ich beabsichtige, die Weiterbildung in nachstehender Weiterbildungsstätte durchzuführen:

---

---

Ich bestätige, daß ich in dieser Weiterbildungsstätte hauptberuflich und ganzzeitig tätig bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Hamburg zu gestalten.

Ort, Datum

Unterschrift

---