

An die  
Apothekerkammer Hamburg  
Alte Rabenstr. 11a  
20148 Hamburg

### Anmeldung zur vorzeitigen Abschlussprüfung

Ich beantrage hiermit unter Bezugnahme auf die nachstehenden Bescheinigungen des Ausbildungsbetriebes und der Berufsschule die vorzeitige Zulassung zu der Abschlussprüfung, die dem regulären Prüfungstermin zum Vertragsende vorangeht.

Gewünschter Prüfungstermin :  Winter  Sommer \_\_\_\_\_

Angaben zur/zum Auszubildenden

Name und Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ausbildungsberuf Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r

Ausbildungszeit lt. Vertrag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auszubildenden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen Unterschrift des  
gesetzlichen Vertreters

## Vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Name und Vorname \_\_\_\_\_

### Bescheinigung der Berufsschule ( vom Antragsteller einzuholen )

Die Leistungen der/des oben genannten Auszubildenden werden in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts (Lernbereich 1) und in Wirtschaft und Gesellschaft (aus Lernbereich 2) als prüfungsrelevantes Fach im Durchschnitt mit 2,0 beurteilt .

Eine vorzeitige Zulassung zur Prüfung halten wir für  gerechtfertigt.  
 nicht gerechtfertigt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Schulleitung

### Bescheinigung des Ausbildungsbetriebes ( vom Antragsteller einzuholen )

Die betrieblichen Leistungen der/des oben genannten Auszubildenden werden als mindestens „gut“ bewertet und rechtfertigen eine vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung. Die für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten werden, gemäß Ausbildungsberufsbild, bis zur Prüfung vermittelt.  
Fehlzeiten (Betrieb und Schule) von mehr als 10% der Ausbildungszeit sind nicht aufgetreten. Ich erkläre ausdrücklich, dass das Berichtsheft ordnungsgemäß geführt, von mir kontrolliert und gegengezeichnet wurde.

Ausbildungsbetrieb \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ausbilder/Ausbilderin \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ausbilderin/des Ausbilders