

Antrag auf Zweitschrift des Zeugnisses über Abschlussprüfung PKA und Apothekenhelfer/in

Vorname	
Name	
Geburtsname bzw. Name zum Zeitpunkt der Abschlussprüfung	
Geburtsdatum	
Abschlussjahr	
Zeitpunkt der Prüfung	___ Sommer ___ Winter
Berufsschulort	
Name der Ausbildungs-Apotheke	
Telefon (tagsüber)	
E-Mail	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	
Ort	
Land	

Senden Sie bitte uns den ausgefüllten
Antrag per E-Mail an: pka@aknr.de