

Anmeldung zur Regelweiterbildung im Bereich *Medikationsmanagement im Krankenhaus*

GB Weiterbildung/QMS, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211-8388140, E-Mail: wb@aknr.de

Mitgliedsnummer: _____

Datum der Approbation: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

- Ich bin Fachapothekerin bzw. Fachapotheker für Klinische Pharmazie
- Ich habe die Weiterbildung im Gebiet Klinische Pharmazie am _____
begonnen, aber noch nicht abgeschlossen.
- Ich habe die Weiterbildung im Gebiet Klinische Pharmazie weder begonnen noch
abgeschlossen.

Weiterbildungsstätte:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift