

(Name)	(Vorname)
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
(E-Mailadresse)	(Telefon)
(Aktenzeichen)	

**Bezirksregierung Münster  
-Dezernat 241 – ZAG-aH-  
Domplatz 1-3  
48143 Münster**

**Antrag auf Teilnahme an der Kenntnisprüfung - Pharmazie**

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, die  
Teilnahme an der Kenntnisprüfung.

Des Weiteren erkläre ich, dass ich die Teilnahme an der Kenntnisprüfung in einem  
anderen Bundesland der Bundesrepublik Deutschland bisher **nicht** beantragt habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

**Hinweis:**

Eine Ladung kann **jederzeit** nach Anmeldung zur Teilnahme an der Kenntnisprüfung  
erfolgen. Wunschtermine können nicht berücksichtigt werden.