

(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.