

Thüringer Landesverwaltungsamt Weimar  
Referat 720  
Jorge-Semprún-Platz 4  
99423 Weimar

**Antrag auf Zulassung zur Wiederholungsprüfung in der Fachrichtung  
Pharmazeutisch-technische Assistenz - Erster Abschnitt**

Name  Vorname  Telefonnummer

Geburtsdatum  Geburtsort

PLZ  Wohnort

Straße  Nr.

Ausbildungszeitraum eintragen

von  bis

Schule

Ausbildungsverlängerung  ja bis wann   
 nein

Ich bitte um Zulassung zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung für die

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schriftliche Prüfung | <input type="checkbox"/> Arzneimittelkunde                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Allgemeine und pharmazeutische Chemie               |
|   | <input type="checkbox"/> Galenik   |
|   | <input type="checkbox"/> Botanik und Drogenkunde                             |
| <input type="checkbox"/> mündliche Prüfung    | <input type="checkbox"/> Gefahrstoff-, Pflanzenschutz- und Umweltschutzkunde |
|   | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Gesetzeskunde, Berufskunde          |
|   | <input type="checkbox"/> Medizinproduktkunde                                 |
| <input type="checkbox"/> praktische Prüfung   | <input type="checkbox"/> Chemie-pharmazeutische Übungen                      |
|   | <input type="checkbox"/> Übungen zur Drogenkunde                             |
|   | <input type="checkbox"/> Galenische Übungen                                  |

Dem Antrag füge ich die Bestätigung über die Ableistung der festgelegten praktischen Ausbildung (Formular) im Original bei.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers