

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

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

mündliche Prüfung

Apothekerpraxis

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

Ort

Datum

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