


Logo der Apotheke Name der Apotheke Protokoll und Nachweis von Schulungen	Thema der Schulung: <i>(nach Bedarf ergänzen)</i> <div style="text-align: right;"></div>
--	--

Datum:
Referent/in:
Teilnehmende/r Mitarbeiter/in:

Art der Schulung:		
<input type="checkbox"/> Selbststudium	<input type="checkbox"/> Einzelschulung	<input type="checkbox"/> Gruppenschulung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Folgende Punkte wurden geschult:

(Anpassung des Inhalts und ggf. weitere Unterschriften nach Bedarf)

Bestätigung:

Das Schulungsthema wurde wie
angegeben behandelt und verstanden,
die Inhalte werden umgesetzt:

Datum, Unterschrift geschulte Person

Die Durchführung der Schulung wird
bestätigt:

Datum, Unterschrift (Apothekenleitung)

☐ Anlagen: