

Logo Apotheke	Thema der Schulung:
Protokoll und Nachweis von Schulungen	

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:

Die Durchführung der Schulung wird bestätigt:

Datum, Unterschrift geschulte Person

Datum, Unterschrift (Apothekenleitung)

Anlagen