

Logo der Apotheke Name der Apotheke Protokoll und Nachweis von Schulungen	Thema der Schulung: <i>(nach Bedarf ergänzen)</i>	ZL
--	---	-----------

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: