

Nr. \_\_\_\_\_

**ANTRAG AUF EINTRAGUNG IN DAS VERZEICHNIS DER  
BERUFSAUSBILDUNGSVERHÄLTNISSE**

Name, Vorname der/des Ausbildenden	_____
Anschrift der Ausbildungsapotheke	_____ _____

Name, Vorname der/des Auszubildenden	_____
Anschrift (Straße, Ort)	_____ _____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Staatsangehörigkeit	_____
Ausbildungszeit	vom _____ bis _____
Zuständiger Berufsschulort (je nach Schulbezirks- zugehörigkeit des Ausbildungsbetriebes)	_____

Ich beantrage die Eintragung und füge als Anlagen bei:

- Ausbildungsvertrag, 3-fach (ausgefüllt und mit Originalunterschriften versehen)
- Ausbildungsplan, 3-fach (ausgefüllt und mit Originalunterschriften versehen)
- Schulabgangs- bzw. Schulabschlusszeugnis der/des Auszubildenden  
(kann nachgereicht werden)

**Nur bei minderjährigen Auszubildenden**

- Ärztliche Bescheinigung über die Erstuntersuchung gem. § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und  
Unterschrift der/des Apothekenleiterin/leiters

\_\_\_\_\_  
Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und  
Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).