

# Antrag

auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des  
Fortbildungszertifikates der Landesapothekerkammer Hessen  
(Eingang spätestens 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn)



Landesapothekerkammer Hessen KdöR  
Geschäftsbereich Pharmazie  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt/Main

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsthema: \_\_\_\_\_  
(Originalankündigung beifügen)

Termin / Ort: \_\_\_\_\_

Zielgruppe: \_\_\_\_\_

Kategorien (Bitte ankreuzen)

			Stunden:	Tage:
1.	Kongress	<input type="checkbox"/>		
2.	Vorträge	<input type="checkbox"/>		
3.	Seminare/Workshop	<input type="checkbox"/>		
4.	Hospitationen	<input type="checkbox"/>	Veranstaltungsdauer:	

	Ja	nein
Wird die Veranstaltung evaluiert? Wenn ja, bitte Evaluationsbogen beifügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden für die Veranstaltung Gebühren erhoben? Wenn ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzpunkt für Lernerfolgskontrolle? Wenn ja, bitte Bogen beifügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt bereits die Akkreditierung oder Ablehnung einer anderen Kammer vor? Ja   
(Bitte unterstreichen Sie „Akkreditierung“ oder „Ablehnung“) Nein

Wenn ja, von welcher Kammer, vergebene Punktzahl: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher Apotheker: \_\_\_\_\_  
(Angabe gemäß § 4, Abs. 1 der Richtlinie zur Einführung eines Fortbildungszertifikates durch die  
Landesapothekerkammer Hessen für Apothekerinnen und Apotheker)