

# Antrag auf Verkürzung der Ausbildungszeit § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz



zwischen dem/der Auszubildenden Herrn/Frau \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Ausbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

Registrierungsnummer: \_\_\_\_\_

und Herrn/Frau Apotheker/in \_\_\_\_\_,

Inhaber/in der \_\_\_\_\_ Apo-Nr. \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

wird vereinbart, dass die Ausbildungszeit um \_\_\_\_\_ Monate verkürzt wird.

Grund der Verkürzung: \_\_\_\_\_

z.B. Fachhochschulreife; allgemeine Hochschulreife; abgeschlossene  
Berufsausbildung; einschlägige berufliche Grundbildung

**Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise zur  
Glaubhaftmachung bei.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Apothekeninhaber/in

\_\_\_\_\_  
Auszubildende/r \*

\* Bei Minderjährigen Unterschrift/en der/des Erziehungsberechtigten bzw. des Vormunds

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Vormund