

**ANRECHNUNGSANTRAG für die Ableistung des PRAKTISCHEN JAHRES (PJ) FÜR APO-  
THEKER/INNEN IM AUSLAND bis zu einem Zeitraum von maximal sechs Monaten**

Landesamt soziale Dienste Schleswig-Holstein  
Abt. 3 Gesundheits- u. Verbraucherschutz  
Frau Heim – LAsD 321 –  
Gartenstraße 24  
24534 Neumünster

Tel.: 04321/913-931  
Fax.:0431/988-638-5572

nur vom Landesamt auszufüllen

Eingang :
Antrags-Nr.:

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich studiere an der Universität \_\_\_\_\_ , Matr.-Nr.: \_\_\_\_\_ bzw.  
habe den Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung am \_\_\_\_\_ an  
der folgenden Universität abgelegt: \_\_\_\_\_.

Ich beabsichtige, den nachstehend aufgeführten Auslands-PJ-Teil abzuleisten, und bitte um  
Anerkennung (für jeden Auslands-PJ-Teil ist ein gesonderter Antrag auszufüllen).

Land : \_\_\_\_\_  
Ort (genaue Anschrift) : \_\_\_\_\_  
Art (Offizinapotheke, Univ. Krankenhaus etc.) : \_\_\_\_\_  
Zeitraum : \_\_\_\_\_

Einen aktuellen Immatrikulationsnachweis der Universität Kiel im Original bzw. in beglaubig-  
ter Kopie und die Stellenzusage mit kurzer Aufgabenbeschreibung (unbeglaubigte Kopie ge-  
nügt) füge ich bei.

Ich weiß, dass der Anrechnungsbescheid gebührenpflichtig ist\*) und es sich empfiehlt, im  
Rahmen des Anrechnungsverfahrens genau zu entscheiden, welche Auslands-PJ-Teile tat-  
sächlich belegt werden sollen, da für nicht in Anspruch genommene genehmigte Auslands-  
PJ-Teile keine Kostenerstattung erfolgen kann.

Die Anerkennung soll auf der Rückseite vorgenommen werden (ausreichend zur Vorlage  
beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein) oder

ggf. bitte ankreuzen

Ich benötige eine andere Anrechnungsform zur Vorlage bei anderen Stellen als dem  
Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein .

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

\*) Die Gebührenpflicht ergibt sich aus dem Verwaltungskostengesetz Schl.-H. i. V. m. der Landesverordnung über  
Verwaltungsgebühren

Die nachstehende Anerkennung ist ausschließlich vom Landesamt zu erteilen und nur gültig, wenn sie mit einer Unterschrift und einem Dienstsiegel des Landesamtes versehen ist.

Die Anerkennung ist ausschließlich zur Vorlage beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein bestimmt.

Die Anerkennung ist zusammen mit einer PJ-Bescheinigung im Zulassungsverfahren zum Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung vorzulegen (PJ-Bescheinigung anbei).

Bitte planen Sie Ihr Auslandspraktikum so, dass Sie an den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen hier in Schleswig-Holstein teilnehmen können. Die Termine können Sie bei der Apothekerkammer Schleswig-Holstein, Düsternbrooker Weg 75, 24105 Kiel, erfragen.

## ANERKENNUNG

Für/Name	
Antrags-Nr.	
Erteilt am	
Land	
Zeitraum	
Gebühr	<b>30,-- Euro</b> an das Finanzministerium Schleswig-Holstein - Landeskasse in Kiel, IBAN: DE82 2000 0000 0020 2015 77, BIC: MARKDEF 1200, zu dem Kassenzeichen
Kassenzeichen	KSt.: 81020K000008 1002-00-11101-032
Unterschrift und Dienstsiegel	Mit freundlichen Grüßen  Heim  S I E G E L