



**An die  
Vorsitzende des Prüfungsausschusses für die  
Weiterbildung und Prüfung zum/zur Fachapotheker/Fachapothekerin  
für Öffentliches Gesundheitswesen  
bei der  
Bezirksregierung Düsseldorf  
Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie  
zu Hd. Frau Münstermann/ Frau Bortheiszer  
Postfach 300865  
40408 Düsseldorf**

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße und Hausnummer)

.....  
(Postleitzahl, Wohnort)

Ich beantrage die Zulassung zur mündlichen Prüfung gemäß § 17 WOAÖGW und lege folgende Unterlagen vor:

	(ist beigelegt)	(wird nachgereicht)
• Nachweis der Approbation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachweis/Zeugnis (§ 5 WOAÖGW) über die Weiterbildung nach § 3 Abs. 2 bis 4 WOAÖGW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachweis über die Seminare nach § 3 Abs. 5 WOAÖGW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lebenslauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Stand: 01.11.2024

