



ISO 9001 QMS Pharma

KÜLLING DIE APOTHEKE

Fragebogen für Schnupperlehre Pharma-Assistentin

Name, Vorname: _____

Strasse: _____

Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Schulklasse: _____

Klassenlehrer: _____

Mögliche Daten für
die Schnupperlehre: _____



KÜLLING DIE APOTHEKE

1. Warum möchtest Du den Beruf Pharma-Assistentin erlernen?

2. Hast Du dich bereits über den Beruf als Pharma- Assistentin informiert?

3. Weshalb möchtest Du in der Apotheke Dr. A. Külling eine Schnupperlehre absolvieren?

4. Hast Du bereits eine Schnupperlehre absolviert? Wenn ja, welcher Beruf?
In welchem Betrieb?

5. Arbeitest Du gerne im Team oder lieber alleine?

6. Hast Du Dich bereits für einen Beruf entschieden?
Hast Du bereits eine Lehrstelle?

7. Ist es Dir möglich, während der Schulzeit zu schnuppern?

Die Schnupperlehre bei uns dauert 1 Tag. Während diesem Tag hast Du die Gelegenheit den Lehrlings-Alltag zu beschnuppern.

Wir bitten Dich, das vollständig ausgefüllte Formular **mit einem Foto von Dir** an die Apotheke Dr. A. Külling, Zentralstrasse 29, 5610 Wohlen, zu retournieren.

Datum: _____

Unterschrift: _____