BAHNHOFPÄRKLI
ROTPUNKT APOTHEKE

Anmeldeformular Schnuppernachmittag

Bild einfügen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Welche Schule besuchen Sie zurzeit?

_____

In welchen Berufen haben Sie bereits Schnupperlehren absolviert?

_____

_____

_____

_____

Wie hat der Beruf Fachfrau/ Fachmann Apotheke Ihr Interesse geweckt?

_____

_____

_____

_____

_____

Was möchten Sie am Schnuppernachmittag über unseren Beruf in Erfahrung bringen?

_____

_____

_____

_____

_____

An diesem Datum möchte ich gerne am Schnuppernachmittag teilnehmen:

_____

Bahnhofpärkli Rotpunkt Apotheke
Poststrasse 23
9000 St. Gallen

071 227 62 00
info@apothekestgallen.ch