



M.Sc. Pharmazeutische Wissenschaften Wahlpflichtpraktikum

Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg

Institut für Pharmazeutische
Wissenschaften

Prüfungsamt Pharmazeutische
Wissenschaften

Hebelstr. 27
79104 Freiburg

Name:

Matrikelnummer:

Wahlpflichtpraktikum A

Fachgebiet:

Thema:

Institution:

Zeitraum:

Betreuer/in:

Wahlpflichtpraktikum B

Fachgebiet:

Thema:

Institution:

Zeitraum:

Betreuer/in:

.....
Datum, Unterschrift Student/Studentin

Gegebenenfalls:
Genehmigung Fachprüfungsausschuss.....