



M.Sc. Pharmazeutische Wissenschaften Forschungspraktikum

Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg

Institut für Pharmazeutische
Wissenschaften

Prüfungsamt Pharmazeutische
Wissenschaften

Hebelstr. 27
79104 Freiburg

Name:.....

Matrikelnummer:

Forschungspraktikum A

Fachgebiet:.....

Thema:.....

.....

Institution:.....

Zeitraum:.....

Betreuer/in:.....

Forschungspraktikum B

Fachgebiet:.....

Thema:.....

.....

Institution:.....

Zeitraum:.....

Betreuer/in:.....

.....
Datum, Unterschrift Student/Studentin

Gegebenenfalls:
Genehmigung Fachprüfungsausschuss.....