



Bewerbung zur Teilnahme an der Qualifizierung „Traumazentrierte Fachberatung“

Kurs 2017/18

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon privat

Telefon dienstlich

Arbeitgeber

E-Mail

Straße

PLZ, Ort

Angaben zu den Zulassungsvoraussetzungen

Berufliche Ausbildung, Abschluss:

Bisher ausgeübte Tätigkeiten (von - bis):

Bisherige Fort- und Weiterbildungen:

Erwartungen an diese Weiterbildung:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die erhobenen Daten ausschließlich zur internen Verwendung gespeichert werden und Eingang in die TeilnehmerInnen – Unterlagen finden.

Datum

Unterschrift

Rücksendung an:

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung
Zeltinger Straße 9
50969 Köln

Fax: 0221 – 52 99 03

