ANMELDUNG

|  |
| --- |
| c/o Prof. Dr. Günter Reich  Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  Humboldtallee 38  37073 Göttingen  Tel: 0551 39 55 01  Fax: 0551 39 54 97 |

Hiermit melde ich mich zur nächsten Fort- und Weiterbildung   
in Psychoanalytischer Familien- und Paartherapie an.

Name/Titel …………..……………………………………………... Vorname …………..……………………………………….……..

Geburtsdatum …………..…………………………………………..……………………………………………………………………………………………..

Beruf …………..……………………………………………... Tätigkeit …………..…………………………………….………..

Straße …………..……………………………………………... PLZ Wohnort …………..………………………………….…………..

Telefon dienstlich …………..……………………………………………... Telefon privat …………..……………………………….……………..

E-Mail …………..………………………………………………..………………………………………………..……………………………………….

Haben Sie eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert oder sind Sie in psychotherapeutischer Weiterbildung?

Ja / Nein

Wenn ja, welches Verfahren? ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Seit wann sind Sie in psychotherapeutischer Weiterbildung? ……………………………………………………………………………………….

Wann haben Sie Ihre psychotherapeutische Weiterbildung abgeschlossen? ………………………………………………………………...

Wenn Sie nicht selbst PsychotherapeutIn sind, was interessiert Sie an psychoanalytischer Familientherapie?

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………

Datum, Unterschrift ………………………………………..………………………………………..………………………………………..……………………..