

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