

Anmeldung zur Weiterbildung WB-TPA2 (2027 – 2028)

Weiterbildung TRAUMAZENTRIERTE PSYCHOSOZIALE ARBEIT

Hiermit melde ich mich zum oben genannten Weiterbildungskurs
beim *Westfälischen Institut für Systemische Therapie und
Beratung Münster e.V.* an.

Foto

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

geb. am: _____

Anschrift privat:

Anschrift dienstlich:

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

E-Mail privat: _____

E-Mail dienstlich: _____

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit (seit / bis):

gelernte Berufe:

Ausbildungen in Psychotherapie / Beratung:

Arbeit mit: Einzelnen ☐ Paaren ☐ Familien ☐ Gruppen ☐ (bitte ankreuzen)

Kontakt zum Institut durch:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Das ausgefüllte Formular schicken Sie bitte an:

WIST Münster e.V.
Mauritzstr. 4-6
48143 Münster

Telefon: 0251 – 48 16 89 69
E-Mail: info@wist-muenster.de
Web: www.wist-muenster.de