

Anmeldung zur Weiterbildung WB-SV9 (2027-2028)

AUFBAUKURS IN SYSTEMISCHER SUPERVISION

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

*Foto
(freiwillig)*

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____ Pronomen: _____

geb. am: _____

Wie möchte ich angesprochen werden: _____

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
Webseite: www.wist-muenster.de