

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich für die Fachfortbildung  
Ambulante Regressionstherapie / Kursbeginn am ... ..an.  
Die Anmeldung wird mit der Bestätigung durch das Institut und der anschließenden  
Zahlung von 500,- € auf das u.g. Konto verbindlich.

**Name, Vorname / Geburtsdatum**

**Anschrift / Telefon / Mail-Adresse**

**Zurzeit tätig als**

**Ausbildung**

**Psychotherapeutische Fortbildungen**

**Weitere Mitteilungen**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

INSTITUT FÜR AMBULANTE REGRESSIONSTHERAPIE  
29331 Lachendorf • Altenceller Weg 58 • Geschäftsstelle • Tel. 05145-284288