

Zentrum für Physikalische Therapie

Weiterqualifizierung zum/r Physiotherapeuten/in
Kursform: 18 Monate in Vollzeit

Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____ Geb.-Datum: _____	Paßbild
--	---------

Teilnahme möglich ab: _____

Sehbehinderung:

nein ja -> GdB beträgt %.

Das Lehrmaterial benötige ich in Plakatschrift Blindenschrift

Ausbildung zum Masseur und med. Bademeister

wo: _____ von _____ bis _____

Anerkennung ab: _____

Berufstätigkeit (nach Erhalt der Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung Masseur/in und med. Bademeister/in.)

- 1.) von _____ bis _____ wo: _____
- 2.) von _____ bis _____ wo: _____
- 3.) von _____ bis _____ wo: _____
- 4.) von _____ bis _____ wo: _____
- 5.) von _____ bis _____ wo: _____
- 6.) von _____ bis _____ wo: _____
- 7.) von _____ bis _____ wo: _____

Fort- und Weiterbildungen mit bestandener Abschlußprüfung (was, wann, wo?)

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____
- 5.) _____
- 6.) _____