

Anmälningsblankett  
2-årig grundutbildning i  
Kognitiv Relationell Psykoterapi

Skickas till:  
Kognitiva Relationella Institutet  
c/o Magelungen  
Bondegatan 35,  
116 33 Stockholm

*Fälten under rubrikerna är ifyllnings och utskrivbara*

**Namn och personnummer:**

**Adress:**

**Postadress:**

**Tel - arbete, mobil:**

**e-post:**

**Utbildning:**

**Yrkeserfarenhet:**

**Tidigare erfarenhet av egen terapi -  
inriktning och antal tmmar:**

**Skäl till ansökan:**

**Personlig beskrivning av den sökande:**

**Finansiering av utbildningen:**

**Antal bilagor:**



**Kognitiva Relationella  
Institutet**

 **Magelakademin**  
MAGELUNGEN