



SVENSKA FÖRENINGEN FÖR KLINISK HYPNOS

NATIONAL SOCIETY AFFILIATED TO THE INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPNOSIS
AFFILIATED MEMBER ORGANIZATION OF THE WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH



SWEDISH SOCIETY OF CLINICAL HYPNOSIS

MEDLEMSANSÖKAN

Titel-yrke		Födelseår	Ansökan avser <input type="checkbox"/> Ordinarie medlem <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Familje- eller gruppmedlem med:
Namn			
Hemadress			
Postnummer	Ort		
Alternativ adress (arb)		Utbildning	
Postnummer	Ort		
Telefon hem	Telefon (arb, mobil)		
E-post		Legitimation utfärdad av Socialstyrelsen är:	

Utbildning inom hypnosområdet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Grundutbildning	<input type="checkbox"/> Fortsättningskurs
Kurs	Kursledare		Datum	
.....
.....
.....
.....
Publikationer inom hypnosområdet				År
.....
.....
.....

Önskemål om kretstillhörighet
<input type="checkbox"/> Norra <input type="checkbox"/> Östra <input type="checkbox"/> Västra
<input type="checkbox"/> Södra <input type="checkbox"/> Ej krets <input type="checkbox"/> Tidigare medl.
Att här lämnade uppgifter är korrekta intygas
..... Namn
..... Adress
..... Telefon

Jag ansöker härmed om medlemskap i SFKH. Jag har tagit del av SFKH:s stadgar och förbinder mig att följa föreningens etiska riktlinjer. Sökandes underskrift:	
..... Ort Datum
..... Namnteckning	
Skicka ifylld ansökan till:	SFKH c/o Eva Cullberg Erik Dahlbergsgatan 9 411 26 Göteborg

Jag är intresserad av att arbeta med någon uppgift i föreningen
<input type="checkbox"/> Forskning <input type="checkbox"/> Utbildning <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Litteraturreferat <input type="checkbox"/> Annat

Kansliets noteringar				
Ankomst datum	Ansökan godkänd/Sign	Introduktionsmaterial	Faktura betald	Anmärkning
.....