Antrag auf Prüfung zum **Master of Neuraltherapy**

nach den zertifizierten Richtlinien der DGfAN

Antragsteller **Name:** .....

Adresse .....

Telefon für eventuelle Rückfragen: .....

e-mail-Adresse: .....

1. Besuch der Neuraltherapiekurse:

Bescheinigungen liegen als Ablichtung bei.

			entsprechend können angerechnet werden:	**andere entsprechende Kurse:**
Pflichtkurse				
NT-GK-01	☐	oder	NT-GK-01 alt	☐
NT-GK-02	☐	oder	NT-GK-02 alt	☐
NT-GK-03	☐	oder	NT-GK-03 alt	☐
NT-GK-04	☐	oder	NT-GK-06 alt	☐
Wahlkurse				
NT-MK-01	☐	oder	NT-GK-04 alt	☐
NT-MK-02	☐	oder	NT-GK-05 alt	☐
NT-MK-03	☐	oder	NT-EK-07 alt	☐
NT-MK-04	☐	oder	NT-EK-09 alt	☐
NT-MK-05	☐			
NT-MK-06	☐	oder	NT-EK-05 alt	☐
NT-MK-07	☐			
NT-MK-08	☐			
NT-MK-09	☐			

Ausbildungsbescheinigungen anderer Gesellschaften reichen Sie uns bitte zusammen mit dem Ausbildungsprogramm bzw. den Kursinhalten und Stundenangaben ein. Diese werden dann mit unseren Kursinhalten verglichen und entsprechend bewertet.

2. 3 Fallberichte zur Neuraltherapie

liegen dem Antrag bei ☐

werden nachgereicht ☐

3. Die mündliche Prüfung

möchte ich bei folgenden Kursleiter Neuraltherapie der DGfAN ablegen:

.....

Der Prüfungsthermin wird mit Ihnen individuell abgesprochen.

....

Ort, Datum Unterschrift

Den Antrag senden Sie bitte zusammen mit allen Unterlagen an die **DGfAN-Geschäftsstelle, Markt 20, 07356 Bad Lobenstein**