

Antrag auf Prüfung zum DGfAN-Master Neuraltherapie

nach den zertifizierten Richtlinien der DGfAN

Antragsteller

Name/Anschrift:

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	<input type="checkbox"/>	oder	NT-GK-01 alt	<input type="checkbox"/>
NT-GK-02	<input type="checkbox"/>	oder	NT-GK-02 alt	<input type="checkbox"/>
NT-GK-03	<input type="checkbox"/>	oder	NT-GK-03 alt	<input type="checkbox"/>
NT-GK-04	<input type="checkbox"/>			
NT-MK-01	<input type="checkbox"/>	oder	NT-GK-04 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-02	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-01 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-03	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-02 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-04	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-15 alt	<input type="checkbox"/>

Wahlkurse

NT-MK-05	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-03 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-06	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-04 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-07	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-05 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-08	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-06 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-09	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-07 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-10	<input type="checkbox"/>			
NT-MK-11	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-10 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-12	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-09 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-13	<input type="checkbox"/>			
NT-MK-14	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-11 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-15	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-12 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-16	<input type="checkbox"/>			
NT-MK-17	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-14 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-18	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-16 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-19	<input type="checkbox"/>			
NT-MK-20	<input type="checkbox"/>	oder	NT-MK-17 alt	<input type="checkbox"/>
NT-MK-21	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
NT-MK-22	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Ausbildungsbescheinigungen anderer Gesellschaften reichen Sie 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 Prüfungstermin wird mit Ihnen individuell abgesprochen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Den Antrag senden Sie bitte zusammen mit allen Unterlagen an die DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b, 07356 Bad Lobenstein