

Teilnahmebescheinigung - Intervision Arbeitskreis Craniosacrale Methode

Der Arbeitskreis Craniosacrale Methode in _____ hat sich am
_____ in der Zeit von _____ Uhr getroffen.

Themen und Inhalte:

Folgende Therapeut*inn*en haben daran teilgenommen und bestätigen dies mit ihrer Unterschrift.

Dauer des Austauschs: _____

Ort, Straße / Datum: _____

Name	Unterschrift

Weiterbildungsnachweise für Praktizierende – CST; gemäß Leitlinien des CSVD, Stand 01. 2020