
Bezeichnung der Ausbildungsstätte

Bescheinigung über die Dauer der Ausbildung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat vom _____ bis _____

an der Ausbildung zur/zum

Psychologischen Psychotherapeutin/en

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en

in

Vollzeit

Teilzeit

teilgenommen.

_____ den _____
Ort Datum

Stempel

Unterschrift der Leitung der Ausbildungsstätte