

\_\_\_\_\_

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