

Skickas till
Kristina Falej
Falleniusgatan 4
703 41 Örebro

ANSÖKAN OM MEDLEMSKAP

Person och adressuppgifter:

Namn.....

Hemadress.....

Postnummer.....Ort.....;Mobiltelefon.....

Arbetsplatsadress

Postnummer.....Ort.....Tel arbete.....

E-post.....Hemsida.....

Titel, yrke, utbildning:

Titel.....

Nuvarande yrke, yrkeserfarenhet.....

.....

.....

Grundexamen, akademisk examen (intyg bifogas)

.....

Handledarutbildning (intyg bifogas)

.....

Övrig information (annan utbildning och yrkeserfarenhet)

.....

Egenhandledning (intyg bifogas)

Superhandledning (intyg bifogas)

Egenterapi (intyg bifogas)

Auktoriserad socionom (intyg bifogas)

Ja

Nej

Text som du önskar ska finnas på hemsidan under rubriken **Önskar handleda inom:** mejlas till ordförande för att bli inlagt.

Jag vill läggas under nedan geografiska område i handledarförteckningen på webbsidan.

- | | | |
|-------------------------|----|--------------------------|
| Södra och Östra Sverige | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Västra Sverige | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Mellan Sverige | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Stockholm | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Norra Sverige | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Superhandledare | Ja | <input type="checkbox"/> |

Jag godkänner att ovanstående uppgifter publiceras på Svensk Handledarförenings Webbsida.

Ort och datum

Underskrift