# Formular für die Erfassung von Fort- und Weiterbildungen

Nachweis von extern besuchten Fortbildungsveranstaltungen

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

| Datum | Bezeichnung der Veranstaltung, Ort | Anzahl Stunden |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte legen Sie jeweils auch eine Teilnahmebestätigung sowie eine Kopie des Veranstaltungsprogramms bei

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

**Bitte einreichen an:**

**Schweizerische Arbeitsgruppe für Manuelle Therapie SAMT**
Postfach 148, 9008 St. Gallen
Fax 071 246 51 01
Mail: info@manualletherapie-samt.ch