



- Component Society in der IPA
- Ausbildungskommission

Bestätigung der Kontroll-Psychotherapie

Name des Lehranalytikers / delegierten Mitgliedes:

Hiermit wird die Durchführung der Kontroll-Psychotherapie von

Frau / Herr

Im Zeitraum von bis bestätigt.

Anzahl der Kontrollstunden:

.....
Datum

.....
Unterschrift