

Till styrelsen för
SVENSKA AKUPUNKTURFÖRBUNDET
Traditionell Kinesisk Medicin - TCM
Ystadsvägen 67
121 51 JOHANNESHOV

ANSÖKAN OM STUDERANDEMEDLEMSKAP

Efternamn:..... Förnamn:.....

Personnummer:.....

Adress. Postnr: Ort:

Tel: Mobilnr:

E-post:

Akupunkturutbildning:

Skola:

Utbildningen påbörjad år: Avslutad år:.....(skicka betygskopia)

Jag räknar med att vara klar med min akupunkturutbildning år:

Basmedicinutbildning

Skola:

Utbildningen påbörjad år: Avslutad år: (skicka betygskopia)

Jag räknar med att vara klar med min basmedicinutbildning år:

Övriga upplysningar:

.....

Ort och datum:

.....

Namnunderskrift