

**ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUR WEITERBILDUNG IM DAKBT**  
Dieser ist zu senden an den DAKBT e. V. - Postfach 910108 – 90259 Nürnberg

*Hiermit stelle ich den Antrag auf Zulassung zur Weiterbildung in Konzentrativer Bewegungstherapie. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Abschluss der Weiterbildung nicht zur Ausübung von Therapie, unabhängig vom Grundberuf, berechtigt.*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Grundberuf: \_\_\_\_\_ Tätig als: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Antragsstellers/in: \_\_\_\_\_

*Prüfung durch die Lehrbeauftragten:*

**Beigefügte Nachweise lt. Punkt 1 und 2 der Weiterbildungsordnung:**

1. 1. \_\_\_\_\_  
Alter

1. 2. \_\_\_\_\_  
Grundberuf

1. 3. \_\_\_\_\_  
Berufserfahrung

2.1. Lebenslauf  Motivation  Lichtbild

**2.5. Zulassungsgespräche**

Ich habe ein Zulassungsgespräch/Zulassungswochenende geführt, die Nachweise 1.1.-1.3 sowie 2.1. geprüft und befürworte die Zulassung zur Weiterbildung im DAKBT.

1. \_\_\_\_\_  
Name der/des LB Datum: Unterschrift:

2. \_\_\_\_\_  
Name der/des LB Datum: Unterschrift:

**ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUR WEITERBILDUNG IM DAKBT**  
Dieser ist zu senden an den DAKBT e. V. - Postfach 910108 – 90259 Nürnberg

Bearbeitung: Geschäftsstelle

Eingang **Antrag AOMG**: \_\_\_\_\_ angemahnt am: \_\_\_\_\_

Mitglied ab \_\_\_\_\_

2.4. Bearbeitungsgebühr (80 Euro- per Überweisung)  Ja  Nein

Daten erfasst und Antrag weitergeleitet an WBKom am: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bearbeitung: Weiterbildungskommission

1.4. Selbsterfahrung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Bei Antragstellung 24 Grstd./5 EZ in KBT bei 2 ZI*

Unterlagen vollständig:  Zulassung zum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Versand Zulassung, Studienbuch und Unterlagen am: \_\_\_\_\_