Side 2 – Obligatoriske fag

År	**Basal sundhedslovgivning / Klinikvejledning/ - klientbehandling / Psykologi / Kendskab til andre alternative behandlingsformer.**	**Underviser/Skole**	**Antal timer**
			Antal

Med min underskrift erklærer jeg hermed på tro og love, at jeg har gennemgået ovenstående uddannelse.

Dato: Navn: