**Ansökan om medlemskap**

**Person- och kontaktuppgifter:**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: |  |
| Hemadress: |  |
|  |  |
| Mobilnummer: |  |
| E-postadress: |  |
| Ev. hemsida: |  |

**Grundexamen, handledarutbildning mm:**

|  |  |
| --- | --- |
| Grundexamen, akademisk examen: \*) |  |
| Handledarutbildning: \*) |  |
|  |  |
| Egenhandledning: \*) |  |
| Metahandledning: \*) |  |
| Egenterapi: \*) |  |
| Ev. övrig information: \*\*) |  |
|  |  |
|  |  |

N Ja \*) Nej

Auktoriserad socionom: Ja \*) Nej  
  
Leg. hälso- och sjukvårdskurator: Ja \*) Nej

Ansökan skickas tillsammans med inscannade /fotograferade intyg till ordförande (se hemsidan) över e-post.   
Beslut om medlemskap tas vid kommande styrelsemöte.