



Bestätigung für eine Hospitanz

In der Ausbildung

Akupunktur Massage nach Radloff
ESB/APM/ORK – Praktikum

Energetisch statische Behandlung
Akupunktur Massage
Ohr-Reflexzonen-Kontrolle

Vorname / Name des Lernenden

Vorname / Name des Mentors
inkl. Praxisadresse

Datum

Thematischer Schwerpunkt

Zeitlicher Umfang

Übungsort

Mentor/in

Unterschrift und Praxisstempel

Datum