



**ביה"ס ל-CBT**  
פרט • משפחה • קהילה

**טופס רישום – סכמה תרפיה לעבודה עם ילדים ונוער אוקטובר 21 - קורס מקוון**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
כתובת E-mail (בכתב ברור): \_\_\_\_\_  
טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
מקצוע \_\_\_\_\_ התמחות \_\_\_\_\_  
מקום עבודה עיקרי \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
השכלה אקדמית רלוונטית PhD/M.A./B.A. בתחום \_\_\_\_\_  
מאוניברסיטת / מכללת \_\_\_\_\_  
מספר שנות ניסיון בפסיכותרפיה: \_\_\_\_\_ בגישה: CBT / דינמי / משפחתי / אחר \_\_\_\_\_

- ♦ יש לצרף העתק מתואר אקדמי טיפולי
- ♦ תשלום טלפוני בכרטיס אשראי – עירית 0522499683

**רישום מוקדם עד תאריך 15.8.21: 3500 ₪ כולל מע"מ**

**רישום מאוחר מתאריך 16.8.21: 3900 ₪ כולל מע"מ**

את טופס הרישום והמסמכים הנלווים יש לשלוח למייל [cbt.school.il@gmail.com](mailto:cbt.school.il@gmail.com)

בחתימתי אני מאשר/ת קבלת חשבוניות מס/קבלה באמצעות המייל. תנאי הרישום, הקבלה ומדיניות ההחזר הכספי ידועים ומקובלים עלי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_