

Ifylles av SFKM

Datum	Sign.
-------	-------



Skandinaviska
Förbundet
Komplementär
Medicin



ANSÖKAN OM KVALITETSSÄKRING

Personuppgifter

Namn		Efternamn	Personnummer
Adress			Telefon
Postnummer	Postadress		Mobil
E-post			Medlemsnummer i SFKM

Ange med kryss vilken terapi certifieringsansökan avser. (En ansökan per yrkesutbildning)

<input type="checkbox"/> Akupressur	<input type="checkbox"/> Healingmassage	<input type="checkbox"/> Personlig tränare
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Homeopati	<input type="checkbox"/> Resandeterapi
<input type="checkbox"/> Aromaterapi	<input type="checkbox"/> Hudterapeut	<input type="checkbox"/> Shiatsu
<input type="checkbox"/> Ayur-Veda	<input type="checkbox"/> Hudvårdsterapeut	<input type="checkbox"/> Spa-terapi
<input type="checkbox"/> Bowenterapi	<input type="checkbox"/> Hundmassage	<input type="checkbox"/> Svensk klassisk massage
<input type="checkbox"/> CNM-massage	<input type="checkbox"/> Hästmassage	<input type="checkbox"/> Taktil massage
<input type="checkbox"/> Finsk Klassisk Massage	<input type="checkbox"/> Kinesiologi	<input type="checkbox"/> Taktil terapeut
<input type="checkbox"/> Friskvårdsterapeut	<input type="checkbox"/> Kinopraktik	<input type="checkbox"/> Tui Na akupressur
<input type="checkbox"/> Genuin Svensk Massage	<input type="checkbox"/> Kostrådgivare	<input type="checkbox"/> Zonterapi/Reflexologi
<input type="checkbox"/> Fytoterapeut	<input type="checkbox"/> Laserterapeut	<input type="checkbox"/> Öronakupunktur
<input type="checkbox"/> Healing	<input type="checkbox"/> Näringsterapeut	

Bifoga kopior på diplom/betyg med utförlig kurs- och timplan, registreringsbevis eller anställningsavtal samt aktuellt försäkringsbevis på din behandlingsskade- & ansvarsförsäkring med din ansökan.

OBS! Ansök endast om en av ovanstående SFKM-godkända yrkesutbildningar per blankett.

SFKM Kvalitetssäkrad Terapeut – kriterier för certifiering

<ul style="list-style-type: none">• Avlagd och godkänd slutexamen i en av SFKM erkänd yrkesterapi (minst 250 studietimmar varav 75 anatomi och fysiologi.)• Grundläggande kunskaper i anatomi, fysiologi och patologi motsvarande Terapeutisk Basmedicin, TBM, om minst 320 studietimmar.• Behandlingsskade- och ansvarsförsäkrad och medlemskap i SFKM.• Godkänt certifieringsprov som gjorts efter betald och godkänd ansökan.	<ul style="list-style-type: none">• Sökanden förbinder sig att följa SFKM:s etiska och hygieniska regler.• Vara yrkesverksam i godkänd terapi.• Genom att skriva under ansökan förbinder du dig att meddela SFKM om det blir någon förändring i din yrkessituation. <p>För ytterligare information om stadgar, certifieringsregler, blanketter mm besök vår hemsida: www.sfkm.org</p>
---	---

Underskrift

Jag har tagit del av SFKM's etiska och hygieniska regler samt villkor gällande certifiering.		Ifylles av SFKM - Certifieringsnummer
Datum	Namnteckning	

Posta din ansökan till: SFKM, C/o: P. Velte, Brattåskärsv. 203, 416 50 Göteborg