miejscowość, dnia

imię i nazwisko

adres

e-mail

telefon

Do:

Zarządu Sekcji Naukowej Psychoterapii oraz

Zarządu Sekcji Naukowej Terapii Rodzin

Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Proszę o dopuszczenie mnie do egzaminu na certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

*imię i nazwisko, odręczny podpis*