

Inkom: \_\_\_\_\_

**Personuppgifter:**

Personnummer	
Namn	
Adress /postnummer /ort	
Sysselsättning	
Hemtelefon	Mobilnummer
E-post adress:	

**Grundutbildning:**

Läkarexamen, år
Specialist i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, år
Psykologexamen, år:
Legitimation som, år:
Annan högskoleutbildning, minst 180 hp:

**Yrkeserfarenhet efter ovanstående utbildning (ange även tid):**

--

**Egen psykoanalys**

Psykoanalys hos:	Timmar per vecka:	Under tiden:
------------------	-------------------	--------------

**Har du sökt Svenska psykoanalytiska institutets utbildning tidigare?**

Ja/Nej:	År:
Datum	
Namnteckning	

**Var vänlig bifoga vidimerade kopior på intyg som krävs för behörighet.**

Skicka din ansökan snarast till:

Svenska psykoanalytiska föreningen  
Västerlånggatan 60, 111 29 Stockholm