

טופס הרשמה לקורסי היפנוט

תאריך _____

לכבוד:

המרכז להיפנוזה רפואית

ת.ד. 792

כפר – סבא 44106

הנני מבקש/ת להירשם לקורס ללימוד היפנוזה:

1. **למתחילים:** קורס הכנה לקראת בחינות לקבלת רישיון להיפנוט (ע"פ דרישות החוק להוראת ההיפנוזה).
הערה: מותנה באישור משרד הבריאות
2. **למתקדמים:** לבעלי ידע קודם בהיפנוזה (גם ללא רישיון) להעמקה וחידושים.
3. **למדריכים:** לבעלי רישיון להיפנוט – הדרכה להדרכה
4. **"למתרעננים":** אלו שלמדו היפנוזה אך טרם ניגשו לבחינה – או ניגשו ונכשלו

רצ"ב צ'ק ע"ס _____ ש"ח, כדמי הרשמה, ועוד 2 צ'קים ע"ס _____ ש"ח כ"א.

שם: _____ טלפון: _____

כתובת: _____

חתימה _____