



Gesellschaft für klinische Hypnose
und Hypnotherapie Schweiz

Société d'Hypnose Clinique Suisse

Certification en tant que « Hypnothérapeute SHYPS »

Je confirme, par la présente, que mes indications faites dans la « demande de certification SHYPS »

du _____ sont complètes et vraies.

Prénom et nom de famille : (s.v.p. en caractères d'imprimerie)

Lieu et date :

Signature :

Ce formulaire doit être envoyé **par poste** au Secrétariat SHYPS, si la demande de certification en tant que « Hypnothérapeute SHYPS » parvient auprès de la Commission d'équivalence en forme électronique (PDF/Word).