**Zentrum für Psychische Gesundheit**

**Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter**

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Tobias Renner

Osianderstraße 14

72076 Tübingen

**Sekretariat**   
Tel. 07071 29-82292

Fax 07071 29-4098

[Bewerbung.kjp@med.uni-tuebingen.de](mailto:Bewerbung.kjp@med.uni-tuebingen.de)

Bewerbungsformular für **P**sychotherapeut\*innen **i**n **A**usbildung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktuelle daten** | | | |
| Name, Vorname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Kontaktdaten: | | | |
| Adresse: | | | |
| Telefon-/ Handynummer: E-Mail: | | | |
| Ausbildungsinstitut |  | Ausbildungsbeginn |  |
| Bewerbung für | 🞎 PT1 (mit 1200 Stunden) 🞎 PT2 (mit 600 Stunden) | | |
| Wunschzeitraum | 🞎 01.10.20 bis 30.09.20 (1200 Stunden)  🞎 01.04.20 bis 31.03.20 (1200 Stunden)  🞎 01.10.20 bis 31.03.20 ( 600 Stunden)  🞎 01.04.20 bis 30.09.20 ( 600 Stunden) | | |

|  |
| --- |
| **Rückmeldung** |
| Sollten Sie, bevor Sie Rückmeldung von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen erhalten haben (bzgl. eines Termins  für ein Auswahlgespräch oder über den aktuellen Stand Ihrer Bewerbung) eine andere Stelle zugesagt haben, bitten wir  um Mitteilung an [bewerbung.kjp@med.uni-tuebingen.de](mailto:bewerbung.kjp@med.uni-tuebingen.de) |
| Sonstige Bemerkung: |