

Internationaler Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V.  
Dorfstraße 7  
D-27333 Schweringen



## Bescheinigung über die Teilnahme am „Peter Hess® Klangmassage Refresh Kurs“

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

- Zertifizierte:r Peter Hess® Klangmassage Praktiker:in**  
 **Zertifizierung Peter Hess® Klangmassage Praxis**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

hat am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

am Kurs / Seminar: \_\_\_\_\_  
teilgenommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kursleitung

**Bitte schicke uns diese Bescheinigung zur Zertifizierungsverlängerung unterschrieben per Post oder E-Mail an:**

Internationaler Fachverband Klang-Massage-Therapie e.V., Dorfstraße 7, D-27333 Schweringen  
E-Mail: [zertifizierung@fachverband-klang.de](mailto:zertifizierung@fachverband-klang.de) · Telefon: +49 (0) 4257-9830062