**Anmälan till KIBB****-utbildning nov 2020 – sep 2021**

**Verksamhet/arbetsplats**:

Postadress:

Fakturaadress:

**Kontaktuppgifter chef**

Namn: Epost: Telefon:

**Namn och kontaktuppgifter till deltagare**

Namn: Epost: Telefon:

**Utbildningsbakgrund**

**Arbetserfarenhet**

**Arbetsplatsens förutsättning att arbeta med familjer i KIBB-behandling**

**Övrig information**