

Pranic Healing

Manifest your Greatness

YOGA VIDYA PRANIC HEALING FOUNDATION OF KARNATAKA

"Ram Villa", 21/10A, Craig Park Layout
M.G. Road, Bangalore - 560 001
Tel: (+91-80) 2559 9300, 2558 3749
Email: yvphfk@pranichealingkarnataka.com
Web: pranichealingkarnataka.com

(PLEASE FILL IN THIS FORM COMPLETELY IN BLOCK LETTERS)

APPLYING FOR Basic Pranic Healing Advanced Pranic Healing Pranic Psychotherapy
 Achieving Oneness Pranic Crystal Healing Psychic Self Defense

Name

Age Gender: M/F Occupation: _____ Educational Qualification : _____

Complete Mailing Address

Telephone: Mobile:

E-mail: @

Details of Pranic Healing courses completed (please fill in information if applicable)

Course	Place Conducted	Name of Trainer	Month & Year
Basic Pranic Healing			
Advanced Pranic Healing			
Pranic Psychotherapy			

● Details of other programmes of personal growth, therapy or meditation that you have attended.

● Have you ever hospitalised for psychiatric or mental treatment? Yes / No

● Do you smoke? Yes / No

● Do you drink? Yes / No

● Have you taken hallucinogenic drugs? Yes / No

● Please give details of all physical ailments, however trivial :

● How did you hear about this course?

● What are you looking for from this course / What made you decide to attend this course?
(to learn / to heal / for spiritual growth / any other reason)

● Would you like to be added to our e-mail list Yes / No

DECLARATION

I am participating in this Pranic Healing seminar at my own risk and of my own will. I take full responsibility for participating in this programme. I release all instructors, organisers and assistants of this seminar and The World Pranic Healing India Private Limited, from all damages whatsoever and waive all rights to compensation on care of injury. I declare that I am physically, emotionally and mentally able to participate in this seminar and will keep confidential the proceedings.

Place :

Date :

Signature of Participant

To be filled by Trainers

BASIC / ADVANCED / PSYCHOTHERAPY / HIGHER SOUL / CRYSTAL HEALING / PSYCHIC SELF DEFENSE

Certificate No.

Course fee collected

Book cost

Cassette Cost

Name of the Instructor(s)

Name of the Apprentice(s)

Name of the Organiser

Office Bearer's Signature

ನೊಂದಾವಣೆ ಅರ್ಜಿ

ಈ ಮೂಲಕ ನಾನು “ಪ್ರಾಥಮಿಕ / ಉನ್ನತ / ಪ್ರಾಣ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಆತ್ಮದೊಂದಿಗೆ ಏಕತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು / ಪ್ರಾಣ ಹರಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವ-ರಕ್ಷಣೆ” ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ ಪಾಲ್ಗೊಳ್ಳಲು ನನ್ನ ಹೆಸರನ್ನು ನೊಂದಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಹೆಸರು : _____

ವಯಸ್ಸು : _____ ಲಿಂಗ : _____ ವೃತ್ತಿ : _____ ವಿದ್ಯಾರ್ಹತೆ : _____

ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ : _____

ದೂರವಾಣಿ : _____ ಮೊಬೈಲ್ : _____ ಇ-ಟಪಾಲ್ : _____

ನೀವು ಈಗಾಗಲೇ ಕಲಿತಿರುವ ಪ್ರಾಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಹಂತಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡಿ.

ತರಬೇತಿ	ಸ್ಥಳ	ತರಬೇತುದಾರರ ಹೆಸರು	ದಿನಾಂಕ ಮತ್ತು ವರ್ಷ
ಪ್ರಾಥಮಿಕ ಪ್ರಾಣ ಚೈತನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ			
ಉನ್ನತ ಪ್ರಾಣ ಚೈತನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ			
ಪ್ರಾಣ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ			

- ನಮ್ಮ ಇ-ಟಪಾಲ್ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರನ್ನು ಸೇರಿಸಬಹುದೇ?
- ಈ ತರಬೇತಿಯ ಬಗ್ಗೆ ನಿಮಗೆ ತಿಳಿದದ್ದು ಹೇಗೆ?
- ಈ ತರಬೇತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ನೀವೇಕೆ ತೀರ್ಮಾನಿಸಿದಿರಿ? ತರಬೇತಿಯಿಂದ ನೀವೇನನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸುವಿರಿ? (ಕಲಿತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದು/ ಆಧ್ಯಾತ್ಮಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ / ಇತರೆ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ)
- ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮ್ಮ ದೈಹಿಕ ತೊಂದರೆಗಳ ಬಗ್ಗೆ ವಿವರಗಳನ್ನು ಕೊಡಿ. (ಅದೇಷ್ಟೇ ಸಣ್ಣ ತೊಂದರೆಯಾದರೂ ಸರಿ) :

- ನೀವೇಂದಾದರೂ ಮಾನಸಿಕ ಅಥವಾ ಬೌದ್ಧಿಕ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದೀರಾ ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ನೀವೇಂದಾದರೂ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಿದ್ದು ಅದು ವಿಫಲವಾಗಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ನೀವು ಧೂಮಪಾನಿಗಳೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ನಿಮಗೆ ಮದ್ಯಪಾನದ ಅಭ್ಯಾಸವಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ
- ನಿಮಗೆ ಮಾದಕ ವಸ್ತು ಸೇವನೆಯ ಅಭ್ಯಾಸವಿದೆಯೇ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ

ಘೋಷಣೆ

ಈ ಪ್ರಾಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ ನಾನು ಸ್ವ ಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ನಾನು ನನ್ನ ಸ್ವಂತ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಿಂದ ಭಾಗವಹಿಸುತ್ತಿದ್ದೇನೆ. ಎಲ್ಲಾ ತರಬೇತುದಾರರನ್ನೂ, ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದ ಎಲ್ಲಾ ಆಯೋಜಕರನ್ನೂ ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕರನ್ನೂ ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯ ತೊಂದರೆಗಳಿಂದಲೂ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಇರುವ ಎಲ್ಲಾ ಹಕ್ಕುಗಳನ್ನೂ ಬಿಟ್ಟುಕೊಡುತ್ತೇನೆ. ಈ ಶಿಬಿರದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಲು ನಾನು ದೈಹಿಕವಾಗಿಯೂ, ಭಾವನಾತ್ಮಕವಾಗಿಯೂ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕವಾಗಿಯೂ ಶಕ್ತನಾಗಿರುತ್ತೇನೆಂದು ಈ ಮೂಲಕ ಘೋಷಿಸುತ್ತೇನೆ. ಈ ಶಿಬಿರದ ಆಗುಹೋಗುಗಳನ್ನು ಗೋಪ್ಯವಾಗಿಡುತ್ತೇನೆಂದು ಪ್ರಮಾಣ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ.

ಸ್ಥಳ : _____

ದಿನಾಂಕ : _____ ಶಿಬಿರಾರ್ಥಿಯ ಸಹಿ

ತರಬೇತುದಾರರಿಂದ ಭರ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾದುದು

ಶಿಬಿರ : ಪ್ರಾಥಮಿಕ / ಉನ್ನತ / ಪ್ರಾಣ ಮಾನಸಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಆತ್ಮದೊಂದಿಗೆ ಏಕತೆಯನ್ನು ಸಾಧಿಸುವುದು / ಪ್ರಾಣ ಹರಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವ-ರಕ್ಷಣೆ
ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ : _____

ಶಿಬಿರ ಶುಲ್ಕ _____ ಪುಸ್ತಕದ ಬೆಲೆ _____ ಧ್ವನಿಸುರುಳಿಯ ಬೆಲೆ _____

ತರಬೇತುದಾರರ ಹೆಸರು : _____ ಆಯೋಜಕರ ಹೆಸರು _____ ಕಛೇರಿದಾರನ ಸಹಿ _____