附件：

临床见习暨心理诊疗辅助能力培训

人员申请表

|  |
| --- |
| **身份信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | 现居住地 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  | 邮编 |  |
| **专业背景** |
| 证书/资质及编号 |  |
| 本科院校 |  | 专业 |  |
| 研究生院校 |  | 专业 |  |
| 学历 |  | 全日制 □ 在职 □ 研修班 □ |
|  | 专业 |  |
| 学历 |  | 全日制 □ 在职 □ 研修班 □ |
| 培训经历 | 课程名称 | 举办机构 | 课时 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **相关工作经历** |
| 实践经历 | 机构名称 | 职位 | 小时数 |
| 全职 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 兼职私人职业 |  |  |  |
|  |  |  |
| 实习进修 |  |  |  |
|  |  |  |
| 自我介绍 |  |
| 申请人声明 | **我承诺以上所填任何信息准确无误，无任何夸张、伪造、虚假内容，我将为以上信息的真实性负完全责任。** | 申请人签名 |  |
| 申请日期 | 年 月 日  |