**附件4：**

**2022年度疫情下特别注册办法申请被推荐助理心理师简历表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请被推荐人姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生年月 | | | |  | 职称 |  |
| 所在单位 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 办公电话 |  | 手机 | |  | | | | 可公布给求助者的联系电话 | | | | |  | |
| 电子信箱 |  | | | | | | | | 微信号 | | | |  | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 最终学历 |  | | 最终学位 | | |  | | | | | 学位证书号 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | | 专业 | |  | |
| 学历或学位学习期间接受相关专业课程学习  情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 接受专业继续教育或学历教育后教育情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 已取得的相关专业/职业资格情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 心理咨询与治疗  **实践经历**  （包括疫情前、疫情中）  **督导情况**  （包括疫情前、疫情中） | 实践时间 | 实践地点 | | | | | | | | | | | 实践小时数（与来访者或病人直接面对面进行咨询或治疗的小时数） | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | |
| 督导时间 | 督导地点  或线上 | | | | | 督导姓名／注册号 | | | 接受个体督导小时数 | | | 接受团体督导小时数 | |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 诚信声明 | 本人 （身份证号码： ）郑重声明：以上信息为我本人如实填写，如有虚假我将承担相应后果。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |