附件2：

济宁医学院兼职心理咨询师申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  | 所学专业 |  |
| 职业资格证书 |  | 发证机构 |  | 发证时间 |  |
| 职务/职称 |  | 联系方式 |  |
| 工作单位 |  |
| 教育、工作经历 |  |
| 擅长治疗技术或心理问题、相关教育培训及进修学习经历（包括但不限于以上内容） |  |