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） | |  | | | | |