中德心理健康服务的系统观连续培训项目报名表

填表日期：      年      月      日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 | |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 毕业学校  及院系 |  | | | | 学历 |  |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 |  |
| 联系方式 | 电  话 |  | | | 邮箱 |  | |
| 工作经历 | 单位名称 | | 职务/职称 | | 核心工作 | 起止时间 | |
|  | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |
| 自我陈述（学习动机和期待） |  | | | | | | |

注：1、请将报名表Email至ccmhs2016@126.com；

2、如您的报名资料通过审核，我们Email与您确认；

3、请上传电子版照片（正面、免冠、彩色照）。