**中德高级夫妻治疗培训工作坊报名表**

填表日期： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人信息：** | | | | | | | | |
| 姓名 |  | |  | 性别 | |  | | 电子照片 |
| 手机号码 |  | | 年龄 | |  | |
| 通讯地址 |  | | 电子邮件 | |  | |
| 工作单位 |  | | 住宿与否 | |  | |
| 教育水平 |  | | 英语水平 | |  | |
| 推荐老师 | （请写出2-3名对您的心理治疗水平和从业经验有所了解的教师姓名） | | | | | | | |
| **教育经历（从大学起）：** | | | | | | | | |
| 年份 | | 学校 | | | 专业 | | 证明人/证明人联系方式 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **工作经历：** | | | | | | | | |
| 年份 | | 单位 | | | 职务 | | 证明人/证明人联系方式 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **心理治疗临床实践经历：** | | | | | | | | |
| 临床实践 | | 单位/机构 | | | 起始和终止时间/累计工作小时数 | | 证明人/证明人联系方式 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **夫妻治疗临床实践经历：** | | | | | | | | |
| 临床实践 | | 单位/机构 | | | 起始和终止时间/累计工作小时数 | | 证明人/证明人联系方式 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| **心理治疗连续培训经历：**（请将相关培训的结业证书复印件作为附件） | | | | | | | | |
| 项目名称 | | 主办机构 | | | 起始和终止时间 | | 证明人/证明人联系方式 | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
| 1. 是否具备接纳并完成个案的条件与时间。（ ） 2. 是否能够全程参加集中培训。（ ） 3. 有无经济困难。（ ） | | | | | | | | |
| **自我介绍（500字以内）：** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **单位审核并盖章** | | | | | | | | |
| 1、以上信息是否属实。  2、单位是否同意参加并支持学员全程参加培训。  **2015年 月 日** | | | | | | | | |

注：1、请将报名表发送至：[pkucpc@126.com](mailto:pkucpc@126.com)

2、邮件主题中注明姓名和单位以及工作坊报名字样；

3、请在报名表中附电子版照片（正面、免冠、彩色照）。