

附件

## 吉林省红十字心理救援队队员登记表

年 月 日

姓 名		性 别		出生年月		照片
党 派		民 族		籍 贯		
学 历		专 业		技术职称 与级别		
个体咨询 时长		团体咨询 时长		危机干预 时长		
微 信 号				微信昵称		
单 位				职 务		
电子邮箱				联系电话		
通 讯 处						
专业资质 及经验	精神科医师 <input type="checkbox"/> 心理治疗师 <input type="checkbox"/> 心理咨询师 <input type="checkbox"/> 注册心理师 <input type="checkbox"/> 医学、心理学本科以上学历，从事心理工作 5 年以上 <input type="checkbox"/>					
个人简介 专业特长						

培训经历	
学历及专业资质	(扫描件黏贴处)

**注：**以上内容请详细填写，附个人免冠照片，学历及专业资质扫描件或照片请附后。

将表格反馈至邮箱 [wx33927@163.com](mailto:wx33927@163.com)，截止日期9月18日。招募人数有限，有危机干预培训及工作经历者优先，同等条件下按报名先后顺序录取。