**中英儿童青少年心理治疗专项训练培养系列报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   |
| 职务(称) |  | 年龄 |   |
| 单位 |   | 邮编 |   |
| 通讯地址 |  | 邮编 |   |
| 固定电话 |   | 手机 |   |
| E-mail |  | 英文水平 |  |
| 专业及学历 |   | 毕业院校 |  |
| 报名专项训练 | （填写一个或多个专项训练名称） |
| 从事心理咨询或治疗实践时间、何时获得相关资格；精神科临床实践时间 |  |
| 既往参加精神分析取向心理治疗的专业培训经历：培训名称、时间（学时数） |  |
| 推荐人 |  无 |