附件 ：学校心理服务医教结合临床见习项目报名表

学院（部门）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 岗位/职务 | 心理咨询师资格证书类型 | 手机号码 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |