**深圳市精神卫生中心心理援助热线志愿者**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 户 籍 地 |  | 民   族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 最高学历 |  | 最高学位 |  |
| 专业资格 |  | 证书编号 |  |
| 身份证号 |  | 其他职称 |  |  |
| 联系方式 | 手 机 号 |  | 固定电话 |  |  |
| E-mail |  | 传   真 |  |  |
| 工作单位 |  | 职   务 |  |  |
| 单位地址 |  |  |
| 家庭住址 |  |  |
| 其他主要社会职务 |  |  |
| 本人教育经历 |  |
| 时间 | 学校 | 专业 | 全日制 |  |
|  |  |  | 是£ 否£ |  |
|  |  |  | 是£ 否£ |  |
| 本人培训经历 |  |
| 时长 | 培训机构及课程 | 线上/线下 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人工作经历 |  |
| 时间 | 单位 | 全/兼职 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人受训或从业简介及成果说明 |  |
|  |  |
| 本人的自我评价 |  |
|  |  |
| 推荐人(选填)姓名 | 推荐人职称与职务；所在单位 | 联系电话 | Email |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 推荐人对申请人的评价（选填）： |  |  |
| 申请人曾存在的违法记录或违反专业伦理的行为 | £无 | £ 有，请注明: |  |
| 申请人承诺 |  |
| 本人自愿申请成为深圳市危机干预中心心理援助热线志愿者，承诺遵守《中华人民共和国精神卫生法》、《深圳经济特区心理卫生条例》等国家法律、法规以及中心与深圳市康宁医院相关工作制度及行业专业伦理。本人声明本人所填写的所有信息准确无误，本人将为以上信息的真实性负完全责任。申请人： 年   月    日 |  |
| 中心审批意见：签名年   月    日 |  |