**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 | | | | | | | | | | |  |