**成都市心理咨询行业协会催眠与心理健康专委会专业人员认证系统**

**认证会员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | | |  | 职称 |  |
| 所在单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 办公电话 |  | 手机 | |  | | | 可公布给求助者的联系电话 | | | |  | |
| 电子信箱 |  | | | | | | | 微信号 | | |  | |
| 通信地址 |  | | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 最终学历 |  | | 最终学位 | | |  | | | 学位证书号 | |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | 专业 | |  | |
| 催眠流派与心理学学习情况 |  | | | | | | | | | | | |
| 诚信声明 | 本人 （身份证号码： ）郑重声明：以上信息为我本人如实填写，如有虚假我将承担相应后果。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |