**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**

**认证申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职称 |  |
| 申请认证级别 | * 催眠师 □ 高级催眠师 □ 催眠督导师
 |
| 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 |  |
| 临床实践经历 | 临床实践时间 | 临床实践地点 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 接受督导情况 | 督导姓名 | 接受督导小时数（个体督导／团体督导） | 临床实践小时数（与来访者直接面对面进行咨询的小时数或催眠教学小时数） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 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 |