2024年全省技工院校心理健康教育师资培训报名回执

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 姓名 | 性别 | 担任心理咨询师岗位年限 | 手机号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  | 第 期 |
|  |  |  |  |  |  | 第 期 |

联络人： 联络电话：