附件：

**中国非公立医疗机构协会**

**心理咨询医生志愿者报名回执表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位 | （单位盖章处） | 照片 |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 专业 |  | 擅长 |  |
| 联系手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 微信号 |  | 填表日期 |  |
| 个人专业介绍（不超过100字） |

本表可复制；

请于2020年2月20日前，经微信发至医协体营运中心冷嘉晨13701959091（微信号）