**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**

**认证系统申请人临床实践证明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名： | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 认证申请级别： | □ 会员 □ 催眠师 □ 高级催眠师 □ 催眠督导师 | | | |
| 临床实践时间： 年 月 日 至 年 月 日 | | | | |
| 地点： | | | | |
| 临床实践机构名称： 法人或负责人姓名： 联系电话： | | | | |
| 如果有督导或带教老师姓名： 电话： email： | | | | |
| 如果有督导或带教老师擅长专业领域： 认证号（如有请填写）： | | | | |
| 申请人在该机构实践累计小时数统计：  （1）督导下接咨询个案 小时（实践或实习小时数是指申请者与服务对象，如来访者/病人面对面咨询或治疗的实际小时数，一次常规的个别会谈按1小时计，其他情况参考此标准计量）；  （2）督导下从事个案心理评估： 小时；  （3）临床实践累计个案总数 个，咨询类型；其中个案咨询次数1-4次 个，5-8次 个，8次以上 个  （4）参与其他事务（研究、行政等） 小时 | | | | |
| 实践单位公章：  负责人    年 月 日 | | | | |
| **备注：若督导是非认证系统督导师，请提交该督导的专业背景介绍，若督导为境外人员，请附件提供中文介绍。** | | | | |