**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**

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

编号： （由秘书处填写）

**认证申请人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人填写** | 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 职称 |  |
| 本科专业 |  | | 最终专业 |  | 最终学历 |  |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 认证申请级别 | □ 会员 □ 催眠师 □ 高级催眠师 | | | | | |
| 从事专业心理咨询  工作小时数 | | 从事个体心理咨询累计 小时；  从事团体心理咨询累计 小时； | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | 联系电话 |  |
| **推荐人填写** | 1、推荐人与申请人的关系为： ；认识申请人已经 年了。  2、推荐人对申请人的从事心理咨询的专业能力：  （1）非常了解；（2）了解；（3）了解较少；（4）毫不了解；  3、推荐人对申请人的专业伦理素养：  （1）非常了解；（2）了解；（3）了解较少；（4）毫不了解；  4、出于您(推荐人)对该申请人的专业能力和伦理遵守情况的信任，如果您的亲戚或好友因心理问题需要寻求专业的帮助，您是否愿意把她/他推荐到该申请人那里接受心理评估、心理咨询：   1. 是的，我愿意；（2）不是的，我不愿意；（3）不能确定。 | | | | | | |
| 请对您所了解的申请者的专业能力做出具体描述   1. 申请人在心理咨询方面的实践情况如何？ 2. 申请人在心理咨询方面的知识、能力情况如何？ 3. 请对申请人的职业伦理遵守情况及伦理敏感性进行评价： | | | | | | |
| 推荐人姓名 |  | | | | 联系电话 |  |
| 电子信箱 |  | | | | | |
| 推荐人认证号： | | | | | | |
| 推荐人补充说明： | | | | | | |
| **推荐人申明**：  作为推荐人，我很清楚我的推荐工作的严肃性，我将对我所提供的信息的真实性负完全的责任。  推荐人签名：  年 月 日 | | | | | | |