**健康与病理性自恋工作坊报名回执单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **报名回执单** | | | |
| 学员姓名 |  | 手机 |  |
| 性别 |  | 学历 |  |
| 所属单位 |  | 邮箱 |  |
| 心理咨询专业受训背景 |  | | |
| 从事心理咨询的小时数与所在咨询机构（请注明其中与儿童工作的经历和小时数） |  | | |
| 接受督导经历 |  | | |
| 发票抬头 |  | | |