**人力资源和社会保障部社会保障能力建设中心 心理健康咨询项目报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生日期 |  | 文化程度 | |  | 近期  二寸  蓝底照片 |
| 身份证号 |  | | | | 工作单位 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | 联系地址 |  | | | |
| 毕业时间、学校及专业 | | | |  | | | | | | |
| 现有证书及取证时间 | | | |  | | | | | | |
| 培训机构 |  | | | | | 培训时间及期限 | |  | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | | | |
| 申请人 承诺 | 1. 同意报名组织机构获取本人身份证信息并保证报名所填写、提交的信息、材料真实、准确。如提供虚假、失实材料，愿意接受取消考试资格。   二、承诺严格按照报名时间进行申报、交费，审核通过后，将不再变更姓名、身份证号码、照片等信息。否则，由此造成的影响，责任自负。  三、承诺因个人报名时信息提交错误或交费逾期等，导致的不能正常参加考试的，后果自负。  四、本人承诺在考试期间遵守考试规则，不出现违纪违规行为，如有发现，本人承担成绩作废等后果。  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |

请随报名表提交一下材料电子版：身份证正反面，毕业证书，2寸蓝底照片（小于150kb,JPG格式）。报名表请签字后扫描或拍照发送