# 附件

2024年高校心理健康教育专题网络培训

参训回执表

|  |
| --- |
| 联系方式 |
| **单位名称** |  |
| **管理角色** | **姓名** | **职务** | **电话** | **手机** | **邮箱** |
| **负责人** |  |  |  |  |  |
| **联系人** |  |  |  |  |  |
| 合作需求 |
| **培训项目** | **培训人数** | **开班时间** | **结束时间** |
| 大学心理健康教育体系建设 |  |  |  |
| 心理健康教育教师（心理咨询师）专业能力建设 |  |  |  |
| 辅导员心理育人能力建设 |  |  |  |
| 研究生导师心理育人能力建设 |  |  |  |
| 高校教师心理育人能力建设 |  |  |  |
| 大学生心理健康辅导（大学生） |  |  |  |
| 大学生心理健康辅导（心理委员） |  |  |  |
| 单位（部门）意见 |
|   **单位盖章**  **年 月 日** |
| **汇****款****信****息** | 收款单位：国家教育行政学院地址电话：北京市大兴区清源北路8号010-69248888开户银行：工行北京体育场支行账号：0200053009014409667联行号：102100005307汇款方式：单位汇款，请直接汇入对公账户；个人对公汇款，请在备注中注明单位名称。请在汇款时说明：**高校心理健康教育专题** | **开票信息** | 发票抬头：纳税人识别号：开票金额： |

说明：请参训单位认真填写此表，与国家教育行政学院联系，以便尽快安排培训。