**父母效能训练营团体治疗师培训项目第一期**

报名回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 职 业 | |  |
| 手 机 |  | 固 话 |  | 从业年限 |  | |
| Email |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 曾经参加过的培训课程 |  | | | | | |
| 您还期望参加哪些培训 |  | | | | | |
| 是否需要联系住宿 | 是（ ） 否( ) | | | | | |