附件

第八届云南省高校心理健康教育教师职素质能力大赛

报名表

**学校名称： 填报时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **照 片** |
| **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **出生年月** |  | **职务职称** |  |
| **最高学历学位** |  | **毕业院校** |  |
| **参加工作时间** |  | **从事心理健康教育时间** |  |
| **所属院系** |  |
| **通讯地址** |  | **联系****电话** | **办公** |  |
| **电子邮件** |  | **手机** |  |
| **近年主讲心理健康教育课程的基本情况** |
| **课程名称** |  |
| **总学时、周学时** |  |
| **课程性质及对象** |  |
| **参赛课程名称** |  |
| **参赛课程简介** |  |
| **学校意见** | **负责人 ： 学校签章：** |