

高雄市政府衛生局通訊心理諮商審查

機構執登及報備支援心理師名冊及報備支援資料

◎申請單位(全名)：_____

一、執登心理師				
編號	姓名	心理師 證書字號	報備支援狀態 (選「有」者，請詳填支援機構 全名/起迄日期/時段等資料)	
1 範例	000	諮心字第 00000 號	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	財團法人台灣省私立高雄仁 愛之家附設慈惠醫院 101/01/01~101/12/31 每週三下午 2：00~5：00
二、報備支援心理師				
編號	姓名	心理師 證書字號	原執登機構 (全名)	報備支援申請機構日期 /時段
1 範例	000	諮心字第 00000 號	00000 心理諮商 所	101/01/01-101/12/31 每週三下午 3：00-4：00

本表如不敷使用，請自行增列填寫。