

臺北市教師研習中心
個別諮商服務心理師申請表

一、基本資料

姓名		性別		(照片一張)
手機號碼				
聯絡信箱				
通訊地址				
個人經營網頁	(若無可略)			
最高學歷	學校與系所		學位	畢業年月

二、專業背景

專業證照別	<input type="checkbox"/> 諮商心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理師 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
證書字號		所屬公會	
專業工作年資	年 月	與行政配合機構 合作年資	年 月
執登單位			
現職 (不限一項)	<input type="checkbox"/> 機構負責人，單位： <input type="checkbox"/> 專任心理師，單位： <input type="checkbox"/> 兼任心理師，單位： <input type="checkbox"/> 其他(如合作督導、講師等)，單位：		
心理諮商/健康相關工作經歷	(列點簡述)		
諮商理論取向 (可複選)	<input type="checkbox"/> 現代主義諮商理論 : ○心理動力取向 ○經驗與關係取向 ○人文取向 ○認知取向 ○其他_____ <input type="checkbox"/> 後現代主義諮商理論: ○正念治療 ○敘事治療 ○焦點解決諮商 ○女性主義治療 ○其他_____ <input type="checkbox"/> 生態脈絡取向 : ○多元文化諮商 ○家族治療 ○其他_____ <input type="checkbox"/> 其他_____		
執業後 接受督導經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明（個／團督、舉辦單位與期程）：		
服務高中以下 學校教師經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明（含校名、職稱及服務起迄時間等）：		

教師相關 專長議題	<input type="checkbox"/> 1. 生涯意義：○生涯發展與規劃 ○教師承諾 ○專業認同 ○工作適應 ○工作投入與意義感 ○其他（請說明） <input type="checkbox"/> 2. 教師專業：○教學專業 ○學生輔導與管教 ○師生關係/班級經營 ○親師溝通 ○其他（請說明） <input type="checkbox"/> 3. 職場人際：○同事關係 ○工作關係 ○權力議題與校園氛圍 ○其他（請說明） <input type="checkbox"/> 4. 職家平衡：○親職教養 ○夫妻／伴侶親密關係 ○家人關係 ○長輩照顧 ○其他（請說明） <input type="checkbox"/> 5. 身心平衡：○情緒管理 ○壓力調適 ○身體健康 ○心理疾病 ○其他（請說明） <input type="checkbox"/> 6. 其他：_____
危機介入專長	危機介入培訓背景 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：（年度/培訓單位/受訓內容/授課講師/時數）
	危機介入實務經驗 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，○ 校園危機介入：如《校園安全及災害事件通報作業要點》所列之事件的安心減壓或其他處遇 ○ 重大災難介入：如地震、颱風及人為災害之災難心理急救或處遇 ○ 其它 _____。 請說明：（合作單位/職稱或角色/協助內容/服務對象/合作期間）
通訊諮商經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明（含提供通訊諮商服務之機構、次數等）
個人近五年參與政府或民間專案之經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明（計畫名稱／單位／期程／相關說明或佐證）
其他專長	(列點簡述)
專業工作理念與治療觀	(欄位可自由調整)

可提供 諮商服務時間	請盡量勾選您可以提供諮商服務的時段，並請標註明確時間							
		週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日
	上午							
	下午							
	晚上							
其他說明								

三、心理師資歷證明

(請提供執業照片、支援報備證明或相關服務證明)

四、行政配合機構基本資料

機構名稱			衛生福利部機構代碼	
機構電話			負責人姓名	
機構通訊地址				
機構網站	(網站上須附有空間照片)			
機構經營時間	成立於民國_____年，迄今共經營_____年_____月			
最近一期衛生局考核時間	民國_____年_____月	當次衛生局考核結果		
專任或全職人力	<input type="checkbox"/> 諮商心理師_____人 <input type="checkbox"/> 個案管理員_____人 <input type="checkbox"/> 臨床心理師_____人 <input type="checkbox"/> 行政人員_____人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師_____人 <input type="checkbox"/> 其他人員(職稱及人數)_____			
兼任人力 (含執登人員)	<input type="checkbox"/> 諮商心理師_____人 <input type="checkbox"/> 個案管理員_____人 <input type="checkbox"/> 臨床心理師_____人 <input type="checkbox"/> 行政人員_____人 <input type="checkbox"/> 精神科醫師_____人 <input type="checkbox"/> 其他人員(職稱及人數)_____			
和教師研習中心諮商室 行政聯繫窗口	<input type="checkbox"/> 可提供，請續填下方欄位 <input type="checkbox"/> 否，需與本人聯繫			
	姓名		聯繫方式 (電話/信箱)	
	職稱	(為確保穩定的聯繫管道，本窗口不得由實習生擔任)		
是否可協助個案管理 (協助請假、變更時段事宜)	<input type="checkbox"/> 是，協助人員姓名_____職稱_____ <input type="checkbox"/> 否			
機構交通與便利性	<input type="checkbox"/> 捷運_____站(距離機構步行_____分) <input type="checkbox"/> 公車_____路_____站名(距離機構步行_____分) <input type="checkbox"/> 機車停車格(距離機構步行約_____分) <input type="checkbox"/> 汽車停車格(距離機構步行約_____分) <input type="checkbox"/> 汽車停車場(距離機構步行約_____分) <input type="checkbox"/> 其他便利交通(請文字描述)_____			
空間規模	<input type="checkbox"/> 等候區 <input type="checkbox"/> 行政辦公室／區 <input type="checkbox"/> 個別諮商室_____間 <input type="checkbox"/> 團體諮商室_____間 <input type="checkbox"/> 上課教室_____間 <input type="checkbox"/> 廁所_____間 <input type="checkbox"/> 其他空間(請說明) _____	可提供固定服務 晤談室	空間名稱: _____ (須於後方附照片 可不限一間)	
		機構 實際坪數	_____坪	
可提供諮商形式	<input type="checkbox"/> 現場諮商 <input type="checkbox"/> 通訊/視訊諮商(於後方檢附衛生局核可計畫書尤佳)			
機構近五年承接政府或 民間專案之經驗	(計畫名稱／單位／期程)			

行政配合機構聲明

1. 本機構知悉 _____（心理師名）擔任臺北市教師研習中心（以下簡稱本中心）個別諮商服務之合作心理師。
2. 本機構遵循心理師法及相關法規與倫理規範，將於合作期間提供本機構合格場地，支持心理師提供服務並協助行政事項。
3. 本機構已確認上表相關資訊正確無誤。
4. 本機構已詳閱合作文件，理解合作細節。
本機構確實知悉以上聲明事項。

機構全稱：

（填寫並核章）

負責人：

（簽名或蓋章）

年

月

日

五、心理機構立案證明

（影本或掃描照片貼於本頁）

六、機構其他檢附資料

通訊諮商服務核可證明

註：為協助本中心瞭解行政配合機構通訊諮商之服務執行方式，若欲提供通訊諮商服務，附上衛生局核可證明尤佳。

固定提供諮商服務之晤談室照片