

فرم متقاضیان شرکت در دوره مربی‌گری پیشگیری از اعتیاد

۱. مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ تولد: ۱۳.....	
کد ملی:		شماره شناسنامه:		محل صدور:	
وضعیت تأهل: مجرد <input type="radio"/> متأهل <input type="radio"/>		سال تأهل: ۱۳.....		محل تولد:	
نام و نام خانوادگی همسر:		شغل همسر:		تعداد فرزندان:	
شماره عضویت نظام روانشناسی:		شماره پروانه نظام:			
آدرس محل سکونت:					
کد پستی:		ایمیل:			
تلفن همراه:		تلفن ضروری:			

۲. مشخصات تحصیلی:

ردیف	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	نام دانشگاه	معدل	تاریخ شروع	تاریخ پایان
۱						
۲						
۳						
۴						

۳. سوابق کار بالینی و درمانی:

ردیف	نام مرکز محل کار	مدت همکاری	حوزه فعالیت	رویکرد درمانی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

۵. سوابق تدریس (برگزاری کارگاه‌های آموزشی، واحدهای درسی و غیره)

ردیف	نوع فعالیت	عنوان دوره	طول دوره	نام مرکز برگزارکننده	سال برگزاری
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

۶. در چه زمینه‌ها و موضوعاتی دوره آموزشی برگزار کرده‌اید؟

<p>مهارت‌های زندگی</p>	<p> <input type="checkbox"/> تصمیم‌گیری <input type="checkbox"/> حل مسأله <input type="checkbox"/> تفکر خلاق <input type="checkbox"/> تفکر نقاد <input type="checkbox"/> ارتباط مؤثر <input type="checkbox"/> روابط بین‌فردی <input type="checkbox"/> مدیریت هیجانات <input type="checkbox"/> کنترل اضطراب <input type="checkbox"/> خودآگاهی <input type="checkbox"/> همدلی <input type="checkbox"/> عزت‌نفس <input type="checkbox"/> جرأت‌مندی <input type="checkbox"/> مهارت‌های تحصیلی <input type="checkbox"/> مدیریت زمان </p>
<p>ازدواج و خانواده</p>	<p> <input type="checkbox"/> آموزش پیش از ازدواج <input type="checkbox"/> رشد کودک <input type="checkbox"/> رشد بزرگسال <input type="checkbox"/> فرزندپروری و والدگری <input type="checkbox"/> روابط زوجین <input type="checkbox"/> مشکلات کودکان و نوجوانان <input type="checkbox"/> آموزش والدگری </p>
<p>بالینی</p>	<p> <input type="checkbox"/> اضطراب منتشر <input type="checkbox"/> وسواس <input type="checkbox"/> اضطراب اجتماعی <input type="checkbox"/> سوءمصرف مواد <input type="checkbox"/> تروما، سوگ و فقدان <input type="checkbox"/> افسردگی <input type="checkbox"/> خودکشی <input type="checkbox"/> گروه درمانی شناختی - رفتاری <input type="checkbox"/> گروه درمانی وجودی <input type="checkbox"/> گروه درمانی تحلیل روابط متقابل <input type="checkbox"/> اعتیاد <input type="checkbox"/> پیشگیری از اعتیاد </p>

❖ توصیف شما از ویژگی‌های شخصیتی خودتان چیست؟

.....
.....
.....
.....

✓ اینجانب صحت اطلاعات فوق را تایید می‌نمایم.

تاریخ:

امضاء: