附件1

重庆市大中小学心理健康教育教学指导委员会专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 参加工作时间 |  | 政治  面貌 | |  | | 民族 | |  | |
| 专业技术职务 |  | 职务 | |  | | 专业及研究方向 | |  | |
| 申报领域  （ 在对应栏打√ ） | □基础教育 □职业教育 □高等教育 | | | | | | | 是否愿意进入专家库 | | □是 □否 |
| 学历与学位 |  | | | | 毕业院校 | |  | | | |
| 工作单位及  详细地址 |  | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 电话（手机） | |  | | | | | 邮编 |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | |
| 工作简历和  主要业绩  （包括工作单位和职务，参与心理健康教育教学主要业绩。） |  | | | | | | | | | |
| 学术情况  （包括发表的代表性论文著作、承担的重大科研项目、获得最高表彰奖励、主要学术荣誉等。） |  | | | | | | | | | |
| 本人意见 | 签字  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | 盖章  （区县教委推荐由区县教委盖章、高校和直属单位推荐由本单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 重庆市教育委员会意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表正反面打印。

附件2

重庆市大中小学心理健康教育教学指导委员会专家推荐人选汇总表

单位（公章）： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 政治面貌 | 年龄 | 职务、职称 | 所学专业和  研究方向 | 工作单位 | 是否加入专家库 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |