|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学院名称 |  | 申请时间例：2020年xx月xx日周x上午（下午）xx点 |  |
| 申请人 |  | 联系方式 |  |
| 心理中心联系老师 |  |
| 申请场地名称 |  |
| 申请缘由 | 例：请详细说明申请事宜、参与人数 |
| 申请单位意见 | 签字：年 月 日 单位盖章 |
| 心理中心意见 | 签字：年 月 日 单位盖章 |

**心理咨询室使用申请表**

注：请至少提前一周进行申请，由学院老师签字盖章后提交心理中心实验室负责人审核。