|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。