**咨询时数证明**

兹证明 女士/先生（身份证号： ）从 年 月 日 至 年 月 日期间，在本单位完成 小时心理咨询工作，咨询形式为 。

本单位将为此证明的真实性负完全的责任。

特此证明！

负责人签字：

单位盖章：

年 月 日