



한국정신건강사회복지사협회

The Korean Association of Mental Health Social Workers

수신자 수련기관(병원)장

(경유)

제 목 2019년 학습평가 실시 및 신청 안내의 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 본 협회는 정신건강사회복지 부문의 전문적 지식과 기술을 개발, 실천하는 협회로서 전국 병·의원 및 지역사회 정신건강 관련기관(정신건강복지센터, 정신건강증진시설 등)의 정신건강사회복지사들의 권익신장 및 전문교육과 훈련을 담당하고 있습니다.

3. 본 협회에서는 수련기관과의 협약을 통해 수련교육 및 학습평가를 위탁받아 실시하고 있습니다. 이에 2019년 학습평가에 참여하기 희망하는 수련기관은 아래의 내용을 참고하시어 기관현황을 제출기한 내 등기우편으로 발송해 주시기 바랍니다.

4. 본 협약은 2019년 학습평가에 관한 내용이오니 아래 붙임서류를 충분히 숙지하시어 작성해 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

가. 제 목 : 2019년 학습평가 실시 및 신청 안내

나. 제출기한 : **2019년 9월 23일(월) ~ 9월 30일(월) 16:00 까지**

다. 제출방법 : 관련 서류를 협회 사무국으로 **우편 발송**

(04356) 서울특별시 용산구 한강대로 43길 13, 대우아이빌 319호,
한국정신건강사회복지사협회 사무국 앞

라. 제출서류

- 1) 공문 1부
- 2) 수련기관 일반현황 1부(붙임2 참조).
- 3) 전형료 입금확인증 1부.

마. 전 형 료 : 50,000원

바. 입금계좌 : 하나은행 128-910012-08904 (예금주 : 한국정신건강사회복지사협회)

※ 전형료 입금시 참여자 이름 및 생년월일을 기재하여 주시기 바랍니다.

마. 문 의 : 한국정신건강사회복지사협회 과장 박지혜 (02-702-5638)

붙임 : 1. 2019년 정신건강사회복지사 2급 학습평가 안내 1부.
2. 수련기관 일반현황(양식) 1부. 끝.

한 국 정 신 건 강 사 회 복 지 사 협 회 장



담당 박지혜

협회장 이미경

협조자 수련위원장 채인숙

시행 한정사협(자) 19-108 (2019.09.04.) 접수

우 04356 서울시 용산구 한강대로 43길 13, 319호

/http://www.kamhsw.or.kr

전화 02-702-5638

전송 02-701-5632

/kamhsw@hanmail.net

/공개

한국정신건강사회복지사협회 2019년 정신건강사회복지사 2급 학습평가 안내

1. 개요

- 1) 행 사 명 : 2019년 정신건강사회복지사 2급 학습평가
- 2) 일 시 : 2020년 1월 4일(토) (시간은 추후 안내, 필기시험시간은 90분)
- 3) 장 소 : 미정
※ 학습평가는 서울과 대구, 두 곳에서 학습평가가 이루어질 예정입니다.
※ 2019년 9월 30일(월) 까지 학습평가 신청을 받은 후, 인원에 따른 장소를 섭외할 예정입니다.
- 4) 대 상 : 정신건강사회복지사 2급 학습평가를 희망하는 정신건강수련사회복지사
- 5) 전 형 료 : 50,000원
- 6) 입금계좌 : 하나은행 128-910012-08904 (예금주 : 한국정신건강사회복지사협회)
※ 전형료 입금시 참여자 이름 및 생년월일을 기재하여 주시기 바랍니다.

2. 정신건강사회복지사 2급 학습평가 문제 안내

- 1) 필기시험 : 4지 선다형, 객관식 100점 만점
- 2) 출제범위 : 한국정신건강사회복지사협회 수련이론집합교육
- 3) 비 고 : 합격과 불합격은 없으며, 학습평가점수를 수련기관과 정신건강수련사회복지사에게 통보

관련 근거) 보건복지가족부 고시 제2018-25호

정신건강전문요원의 수련 및 보수교육 등에 관한 규정

- 제7조(수련에 대한 평가) ① 수련기관의 장은 수련생에 대한 수련성적을 평가하여야 한다.
- ② 평가는 실습평가와 학습평가로 구분하며, 실습평가는 수련기관의 장이 인정한 실습확인서로 대체된다.
- ③ 수련기관의 장은 학습평가를 위하여 관련협회 또는 단체에 출제를 의뢰하여 시험을 실시하거나 이수과목 중 일부과목을 정하여 자체 평가 할 수 있다.
- ④ 평가를 의뢰받은 관련협회 또는 단체는 출제위원을 선발하여 출제하되, 시행령 별표2의 규정에 의한 정신건강전문요원의 공통 업무 범위 내에서 30% 이상을 출제하도록 하여야 한다.
- ⑤ 수련기관의 장이나, 평가를 의뢰받은 관련 협회 또는 단체는 제14조 운영위원회에서 심의한 수련에 대한 평가에 관한 사항을 반영하여 평가하여야 한다.

[붙임 2]

수련기관 일반현황

기준일자 : 2019.09.30

- | | |
|---|--|
| ☐ 수련기관명 :
☐ 수련과정명 : 정신건강수련사회복지사 2급
☐ 기관 수련개시년도 :
☐ 기관 주소 : (우)
☐ 기관연락처 : | ☐ 수련기관 지정 번호 : 제 _____호
☐ 수련인원 : 현 _____명 (정원 _____명)
☐ 기관 수련개시년도 : |
|---|--|

■ 수련지도감독자 현황 (1급 상근 / (외부)위촉 모두 포함)

성 명		구 분 (상근 / 위촉)	정확하게 기재!	협회원번호	
정신건강 사회복지사 1급 자격증 번호		협회 1급 승급시험 합격년도	년	1급 자격 취득년도	년
현재 근무기관			기관 연락처		
휴대폰			E-mail		

■ 1, 2급 정신건강사회복지사 현황 (수련기관의 정신건강사회복지사 모두 명시)

성 명	협회원 번 호	급수	정신건강 사회복지 사 자격증 번호	자격 취득년도	휴대폰	E-mail	구 분 (내부수련 담당표기)
				년			수련 담당자
				년			
				년			

■ 정신건강수련사회복지사 현황

성명	사회복지사 1급 자격증 번호	휴대폰	E-mail	근무형태 (주○일)	비고 (수련직/직원)

※ 양식 상의 칸이 부족할 경우 추가 편집하여 작성하여 주세요.

■ 2019년도 학습평가 의뢰 여부 (O, X로 표시)

NO	내용	의뢰 여부	장소	비고
1	2019년도 학습평가 (2급 자격시험)		☐ 서울 ☐ 대구	

※ 'O'를 선택하실 경우, 수련기관에 소속된 모든 정신건강수련사회복지사가 참여하는 것을 의미함.

반면, 'X'의 경우, 모든 정신건강사회복지사가 참여하지 않음을 의미함.

※ 희망하시는 학습평가 장소를 선택하여 주시기 바랍니다.

ex) 서울에서 학습평가를 신청하시는 경우 ■ 서울 ☐ 대구

2019년 월 일

기관장 _____ (직인)

한국정신건강사회복지사협회장 귀하