



## 국가트라우마센터 심리적응급처치 초급과정 참가 신청서

소 속	
성 명	
생년월일/ 성별	
메일주소	
연 락 처	
<p>※ 「개인정보보호법」 제 15조에 의거하여 정신건강 서비스 제공과 관련한 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용하고자 하오니 동의 여부를 체크하여 주시기 바랍니다.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 동의    <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>	
<p style="text-align: center;">위와 같이 국가트라우마센터 심리적응급처치 초급과정을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">20 . . .</p> <p style="text-align: right;">신청자 성명 : (인)</p> <p style="text-align: center;">옥천군정신건강복지센터 귀하</p>	

※ 지원문의: 담당자 사회복지사 이민상 T. 043.731.2199  
※ 위의 정보는 교육참가신청 외 다른 용도로 사용되지 않습니다.