

# 상담경력 확인서

이 름 : \_\_\_\_\_

생년월일 : \_\_\_\_\_

재직기간 / 직위	상담 유형	활동 실적	기관명/직인 담당자/연락처	
직위:  년 월 일 ~ 년 월 일	접수상담(Intake) 실시	총 사례, 시간	기관명: 담당자: 전화:	
	개인상담 실시	총 사례, 회기		
	부부·가족상담 실시	총 사례, 회기		
	집단상담 실시	총 집단, 시간		
	심리검사	실시		총 사례
		해석		총 사례
직위:  년 월 일 ~ 년 월 일	접수상담(Intake) 실시	총 사례, 시간	기관명: 담당자: 전화:	
	개인상담 실시	총 사례, 회기		
	부부·가족상담 실시	총 사례, 회기		
	집단상담 실시	총 집단, 시간		
	심리검사	실시		총 사례
		해석		총 사례
직위:  년 월 일 ~ 년 월 일	접수상담(Intake) 실시	총 사례, 시간	기관명: 담당자: 전화:	
	개인상담 실시	총 사례, 회기		
	부부·가족상담 실시	총 사례, 회기		
	집단상담 실시	총 집단, 시간		
	심리검사	실시		총 사례
		해석		총 사례
직위:  년 월 일 ~ 년 월 일	접수상담(Intake) 실시	총 사례, 시간	기관명: 담당자: 전화:	
	놀이치료 실시	총 사례, 회기		
	부모상담 실시	총 사례, 회기		
	집단상담 실시	총 집단, 시간		
	심리검사	실시		총 사례
		해석		총 사례

위 사람이 이상과 같이 상담경력이 있음을 확인합니다.

20    년    월    일

주 수퍼바이저: \_\_\_\_\_ (자격번호: \_\_\_\_\_) (자필서명)