

상담경력 확인서

이 름 : _____

생년월일 : _____

| 경력기간 / 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)