

사 례 번 호

부모 마음돌봄 집단상담 (알아차림) 신청서

프로그램명	부모 마음돌봄 집단 '알아차림'			상담일자	2021년 월 일			
이 름		지역	원주	나이	만 세			
연락처			이메일					
상담유형	<input type="checkbox"/> 전화상담 <input type="checkbox"/> 내방상담 <input checked="" type="checkbox"/> 집단상담							
가족관계	이름	관계	연령	학력	직업	친밀도		동거 여부
						나쁨	좋음	
						1 2 3 4 5		
						1 2 3 4 5		
						1 2 3 4 5		
가족 형태	<input type="checkbox"/> 결혼가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정 (별거, 이혼, 사별) <input type="checkbox"/> 재혼가정 <input type="checkbox"/> 독인가정 <input type="checkbox"/> 다문화가정 <input type="checkbox"/> 기타()							
상담경험	<input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 있다 (상담기관: _____ <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 개별 <input type="checkbox"/> 집단)							
상담 영역	상담 대상	<input type="checkbox"/> 엄마 <input type="checkbox"/> 아빠 <input type="checkbox"/> 할머니 <input type="checkbox"/> 할아버지 <input type="checkbox"/> 기타						
	상담 내용	<input type="checkbox"/> 영유아 발달 및 문제행동 <input type="checkbox"/> 양육방법 <input type="checkbox"/> 어린이집 관련 <input type="checkbox"/> 가족관계 어려움 <input type="checkbox"/> 부모심리 <input type="checkbox"/> 아동심리 <input type="checkbox"/> 기관연계 <input type="checkbox"/> 기타						
신청경로	<input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 홍보물 <input type="checkbox"/> 주변권유(이용자추천) <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 기타()							
신청사유								

※희망하시는 곳에 √표 한 후 원주시육아종합지원센터 이메일(wjcare@naver.com)로 회신해 주시기 바랍니다.

* 위 자료는 상담관련 외에 다른 용도로 사용되지 않을 것이며 상담내용은 비밀이 보장됨을 알려드립니다.

상 담 동 의 서

- 모든 상담은 비밀유지되어 비공개, 익명성이 보장됩니다. 단, 비밀보장의 한계에 따라 상담참여자 개인 및 사회에 위험(자신 또는 타인 생명과 안전 위험, 감염성 질병, 학대 등)이 있다고 판단될 때 비밀보장이 제외될 수 있습니다.

개인 정보 공개 동의	(수집, 이용 목적)	수집된 상담 내용은 보육교직원 상담사업을 위하여 이용되며, 개인 정보는 다른 목적으로 사용되지 않습니다.
	(녹음, 사진촬영 동의)	상담자의 자문을 목적으로 여러분의 상담내용을 녹음, 사진 촬영을 할 수 있음을 알려드립니다. 녹음, 사진 촬영을 원하지 않는 경우 미리 상담자에게 말씀해 주시기 바랍니다.
	(보유 및 이용기간)	상담 자료는 센터에서 5년간 보관하고 이후에는 폐기합니다.
	(동의 거부 및 권리)	필수 항목의 정보를 제공하지 않을 경우 익명으로 처리합니다.
	개인 정보 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	

- 상담 과정 중 아동학대를 알게 된 경우에는 아동보호전문기관 또는 수사기관에 신고하여 알리는 것을 원칙으로 하고 있습니다. (아동복지법 제 25조 아동학대 신고 의무와 절차).
- 상담 중 외부상담전문기관(예: 신경정신과, 정신보건센터, 상담전문센터 등)과의 연계가 필요한 경우, 상담자의 권유 및 본 센터의 방침에 적극적으로 협조해 주시기 바랍니다.
- 이에 동의하시면 아래에 서명해 주시기 바랍니다. 위 내용을 충분히 알고 있으며, 상담의 규정에 동의합니다.

년 월 일
성명 (서명)