

**제공기관 현황**

1. 제공기관의 장(대표자)

기관명		사업자등록번호
제공가능한 서비스 유형		<input type="checkbox"/> 1급 유형 <input type="checkbox"/> 2급 유형 (중복체크 가능)
제공기관 장	성명	
	생년월일	
	연락처	
	면허/자격	<input type="checkbox"/> (개인)정신건강의학과 의사 <input type="checkbox"/> (개인)1급 유형 기준을 충족한 자 <input type="checkbox"/> (개인)2급 유형 기준을 충족한 자(예외적 허용)
사업명 / 사업코드		정신건강 심리상담 바우처사업 / MTL001

2. 제공인력 현황

○ 제공인력 : 00명

성명	생년월일	자격 명칭

**자격 명칭 작성방법**

다음의 자격 종류 중 해당하는 자격 명칭을 기입합니다.

※ 2개 이상의 자격 보유한 경우, 복수 기입 (최대 5개까지 기재 가능)

1급 유형	2급 유형
- (국가전문자격)정신건강전문요원 1급 - (국가전문자격)청소년상담사 1급 - (국가전문자격)전문상담교사 1급 - (민간자격)임상심리전문가(한국심리학회) - (민간자격)상담심리사 1급(한국상담심리학회/한국심리학회) - (민간자격)전문상담사 1급(한국상담학회)	- (국가전문자격)정신건강전문요원 2급 - (국가전문자격)청소년상담사 2급 - (국가전문자격)전문상담교사 2급 - (국가기술자격)임상심리사 1급 - (민간자격)상담심리사 2급(한국상담심리학회/한국심리학회) - (민간자격)전문상담사 2급(한국상담학회)