**EAP 협약 신청서**

**안녕하세요? 협약 신청 감사합니다.**

**본 신청서는 EAP사업 수행에 필요한 상담센터 및 상담연구소, 정신건강전문기관 등 전국 협약기관**

**인프라 확충을 위한 협약 신청서입니다.**

**정보사항 입력 후** **gusung@gusung.co.kr** **로 제출해주시면 협약체결과 관련된 사항 안내 드리겠습니다.**

※**학회와 EAP 협약문의**

**\* 김종택 수석: 연락처 010-7154-5380**

**\* 학회운영 정정원 행정실장 : 032-205-8598 (내선1번)**

**Ⅰ. 기관(센터) 정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **기관장님 명** |  | **기관주소** |  |
| **기관 명** |  | **기관 우편번호** |  |
| **기관 소개** | (\*100자 내외) |
| **기관 대표번호** |  | **기관장님 번호** | \*협약 및 예약관련 안내문자 수신이 가능해야 합니다.  |
| **기관 대표메일** |  | **기관 공식 홈페이지** | \*홈페이지 혹은 블로그, SNS 등 온라인 채널 등을 입력해주세요.  |

**Ⅱ. 상담 정보**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **기관에서 제공 가능한 상담 방법을 모두 체크해주세요.** ※체크 방법 (□ → ▣) , ( ) → ( 0 )**□** 대면 (내담자 센터 방문)□ 대면 (찾아가는 상담)□ 비대면 (화상)□ 비대면 (전화 및 채팅) |
| 2 | **상담이 가능한 전문 분야를 모두 체크해주세요.** □ 성인 상담 – 일반성인( ), 가족( ) , 부부( ), 노인( )□ 치료 상담 – 놀이( ), 미술( ), 언어( )□ 위기 상담 – 우울( ), 자살( ), 중독( ) □ 미성년 상담 – 아동( ), 청소년( )□ 학습, 진로상담, 코칭 등 □ 심리 검사(MMPI, TCI, 풀배터리 검사 등) |

**Ⅱ. 문의 사항**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **가능한 자세하게 문의 작성 부탁 드립니다. 답변은** **k1540312@naver.com****로 안내 드리겠습니다.**  |

※주의사항※

·본 신청서는 정확하게 작성하여야 하며, 허위기재 또는 누락된 사항이 있을 경우 협약이 취소 될 수 있습니다.

· 협약 체결 이후에도 제출한 정보의 사실 여부를 확인할 수 있으며, 허위 사실이 발견될 경우 협약이 해지될 수 있습니다.

2025년 월 일

기관장 : ((印))