**삼성전자와 함께하는**

**굿네이버스 청소년 심리치료 프로그램 참여 신청서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **학교명** |  | **학교장명** |  |
| **주소** |  |
| **대표전화** |  | **FAX** |  |
| **담당자명** |  | **담당자 직책** |  |
| **담당자****E-mail** |  | **담당자****연락처** | **TEL** |  |
| **H.P** |  |
|  |
| **신청분야**  | **인원수** | **희망일정**※ 사정에 따라 희망일정과 달라질 수 있습니다. |
| □ 집단 심리치료(최소 8명) |  명 |  요일 / 시 분(50분) |
| ※ 아동 명단은 첨부 된 양식에 작성해 주시기 바랍니다. |
| 삼성전자와 함께하는 ‘굿네이버스 청소년 심리치료 프로그램’참여 신청서를 제출합니다.2016년 월 일학교장 : (인) **굿네이버스 좋은마음센터 광주서부지부장 귀하** |

**광주광역시 서구 쌍촌동 996-6 해성빌딩 4층**

**담당자 : 양세름 간사**

**☎) 376-1315 fax) 376-6568**

**e-mail) gn1315@naver.com**

**삼성전자와 함께하는**

**굿네이버스 청소년 심리치료 프로그램 참여아동 명단**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **이름** | **성별** | **연락처(부모, 아동)** | **학년-반** | **구분** | **의뢰사유 및 특징** |
| 예시 | 마음이 | 여 | 부모 : 010-0000-0000아동 : 010-0000-0000 | 2-5 | 수급/차상위/조손/다문화/저소득/일반 등 | 또래관계가 좋지 않으며 분노조절에 어려움이 있음. 가정형편이 좋지 않아 경제적 지원이 필요함. |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |