

정신의료기관 부설 심리상담기관 확인서

정신의료기관

상 호 명		사업자등록번호	
주 소		전화번호	
대 표 자	(인)		

심리상담기관

상 호 명		사업자등록번호	
주 소		전화번호	
대 표 자	(인)		

심리상담기관 (상호명)_____은
정신의료기관 (상호명)_____의 부설 심리상담기관이며
첨부한 영수증이 심리검사로 발생한 비용임을 확인합니다.

작 성 일	2024년	월	일	정신의료기관	(인)
-------	-------	---	---	--------	-----

용인시 정신건강복지센터장 귀하