인권교육 참가 신청서(통합)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 인권  교육 | 전문교육  기관명 | 성안드레아병원 | 교육종류  (해당칸에  ○표시) | 1. 강사 양성·보수 교육  2. 시설장 교육  3. 종사자 교육  3-1. 소집교육  3-2. 방문교육 |
| 교육장소 |  | 교육일시  **(\*추후 조정)** | 2021. . . |
| 신청인  (기관) | 시 설 명 | *\* 허가(신고)증 상의 명칭 기재* | 시설종류  (해당칸에  ○표시) | 1. 정신의료기관  2. 정신요양시설  3. 정신재활시설 |
| 소재지 | (시도) (시군구) |
| 강사ㆍ운영자  교육대상자 | 성명 :  직위 : | 종사자  교육대상자 | 외 ( )명  *\* 신청자가 다수일 경우 명단 붙임* |
| 연락처 | 전화번호 : 핸드폰 :  이 메 일 :  *\* 신청자가 다수일 경우 시설 내에서 참가를 주관(연락)하는 자를 기재합니다.* | | |

신청기관(인)은 정신건강복지법 제70조의 규정에 따라 귀 기관에 정신건강증진시설 인권교육을 신청합니다.

2021 년 월 일

신청기관의 장 (서명 또는 인)

**성안드레아 병원장** 귀하

신청명단

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **번호** | **성명** | **소속** | **직위** | **직종** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |