[서식 4]

정신의료기관 부설 심리상담 기관 확인서

▮ 정신의료기관

상 호 명		사업자등록번호	
주 소		전 화 번 호	
대 표 자		(인)	

▮ 심리상담기관

상 호 명		사업자등록번호	
주 소		전 화 번 호	
대 표 자		(인)	

심리상담기관 (상호명)_____은

정신의료기관 (상호명)_____의 부설 심리상담 기관이며

첨부한 영수증이 심리검사로 발생한 비용임을 확인합니다.

작 성 일	2026년 월 일	정신의료기관	(인)

시(군)정신건강복지(자살예방)센터장 귀하