

상 담 일 지

수급자명		생년월일	
------	--	------	--

상담 종류		상담 장소	
상담직원		상담대상자	☐ 수급자 본인
			☐ 보호자 : (관계:)
상담 일시	20 년 월 일 : ~ : (소요시간 : 분)		

수급자 상태	
상담 내용 (욕구, 건의사항 등)	
상담자 의견	