

## 사회복지사 추천서 (병원 또는 주민센터 양식 대체 가능)

1. 환아 성명 : \_\_\_\_\_, (남 . 여), (        세)

2. 내 담 자 : \_\_\_\_\_, (환아와의 관계 : 환아의        )

※추천 의견:

년        월        일

상담자 소속 : \_\_\_\_\_ (인)  
성        명 : \_\_\_\_\_  
전        화 : \_\_\_\_\_  
팩        스 : \_\_\_\_\_