

2026년 주저흔제거 지원사업 신청서

○ 대상자 정보

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
생년월일		재학여부	예) 학교 재학/자퇴/검정고시 등
전화번호			
주소			

○ 보호자 정보 (신청인이 미성년자일 경우 작성)

성명		생년월일	
전화번호		신청인과의 관계	
주소			

○ 심리상담 서비스 지원 (해당란에 “√” 표시)

※ 주저흔 제거 지원 신청 시 심리상담 연계는 필수 사항입니다.

- 주저흔 제거 시술 및 수술은 치료 과정에서 통증과 심리적 불안이 동반될 수 있으므로, 심리상담을 병행하여 정서적 안정과 치료 효과 증진을 도모하고자 합니다.

상담 현황	<input type="checkbox"/> 현재상담을 받고 있습니다. (기관(명): _____)
	<input type="checkbox"/> 상담 연계를 희망합니다.

다음과 같이 <2026년 주저흔 제거 지원 사업>에 신청합니다.

2026년 월 일

신청인: _____ (서명 또는 인)

보호자: _____ (서명 또는 인)

신청 사유 및 상처 사진

성명		생년월일	
----	--	------	--

1. 흔적이 발생한 시기 및 경위

2024년 0월경 / 중학교 재학 중 등 대략적인 시기와 상처가 발생한 이유 및 상황

2. 현재 겪고 있는 어려움

학교생활, 또래관계, 정서적 불안, 일상생활 불편 등

3. 치료(시술)가 필요한 이유

치료가 필요하다고 생각하는 이유를 작성해주세요

4. 치료 후 기대되는 점 및 향후 계획

치료 후 기대하는 변화나 앞으로의 계획을 자유롭게 작성해주세요

5. 사진 첨부(사진 개수 조정 가능)

※ 본 내용은 지원 심사를 위한 목적으로만 사용되며, 외부에 공개되지 않습니다.

