



동구정신건강복지센터



수신 수신처 참조
(경유)

제목 2026년도 대구 동구정신건강복지센터 임상심리 실습생 모집 관련 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 동구정신건강복지센터는 정신질환의 조기 발견 및 개입을 통해 만성화와 재발 방지를 돕고, 정신건강 증진을 위한 서비스를 제공함으로써 지역주민의 행복한 삶을 위해 일하고 있습니다.
3. 본 기관에서는 2026년도 임상심리 실습생을 모집하고자 하오니 안내문을 참고하시어 학생들의 많은 관심과 지원을 독려하여 주시기 바랍니다.

- 붙임 1. 2026년도 대구 동구정신건강복지센터 임상심리 실습생 모집 안내문 1부
2. 개인정보수집활용동의서 양식 1부. 끝.

동 구 정 신 건 강 복 지 센 터 장



수신처 : 경북대학교 심리학과, 경일대학교 상담심리학과, 계명대학교 심리학과, 대구가톨릭대학교 심리학과,
대구대학교 심리학과, 영남대학교 심리학과, 대구한의대학교 상담심리학과, 대구대학교 재활심리학과

담당자 이오택 팀장 이성희 부센터장 윤창수 센터장 하태희

시행 외부-동구정신건강복지센터-9 (2026. 1. 14.)

우 41143 대구광역시 동구 동춘로 79 동구보건소 4층(동구정신건강복지센터) / <http://www.dgmhc.co.kr/>

전화번호 053-983-8340 팩스번호 053-983-8341 / dgmhc1@naver.com / 공개

2026년 대구 동구정신건강복지센터 한국산업인력공단 임상심리사 2급 실습생 모집

동구정신건강복지센터는 정신질환의 조기 발견 및 개입을 통해 만성화와 재발방지를 돕고, 정신건강 증진을 위한 다양한 서비스를 제공함으로써 지역주민의 행복한 삶을 위해 노력하고 있습니다. 본 기관에서 다음과 같이 한국산업인력공단 임상심리사 2급 자격 취득을 위한 실습생을 모집하오니 관심 있는 분들의 많은 지원을 바랍니다.

1. 모집인원 : 00명

2. 실습기간 및 근무시간 : 1년(2월부터 근무 예정) / 주 1회 화요일 (09:00~18:00)

3. 실습내용

- 1) 심리검사 및 심리상담 관련 스터디 진행
- 2) 재활프로그램 보조 및 주 진행
- 3) 정신건강 캠페인 및 각종 행사 보조진행
- 4) 그 외 센터 내 업무 지원

4. 지원자격 : 심리학 관련학과 재학 또는 졸업 (※ 학부, 대학원 모두 지원 가능)

5. 제출서류

- 1) 이력서 1부 (연락 가능한 전화번호 기재)
- 2) 자기소개서 1부
- 3) 재학증명서(재학생) 또는 최종학교 졸업증명서(졸업생)
- 4) 성적증명서 1부
- 5) 개인정보수집·활용 동의서 1부

6. 서류접수

- 1) 접수기간 : 2025년 1월 15일(목) ~ 1월 27일(화) 18시
- 2) 접수방법 : 우편, 방문
- 3) 접 수 처
 - 주소 : 대구광역시 동구 동촌로 79, 4층 정신건강복지센터(검사동, 동구보건소) 실습담당자 앞
 - (우: 41143)

7. 기타참고사항

- 서류심사 후 합격자에게 개별 통보함.
- 제출된 서류는 반환하지 않으며 기재된 사항이 사실과 다를 경우 합격이 취소될 수 있음.
- 제출 서류상의 기재착오 및 누락, 연락불능 등으로 발생한 불이익은 지원자의 책임으로 함.

8. 문의

- 전화번호 : 053)983-8340
- 담당자 : 이오택

[개인정보 수집 및 활용 동의서]

동구정신건강복지센터는 지역사회 내에서 정신질환자 예방 및 조기발견, 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 촉진하기 위한 목적으로 공공사업을 수행하고 있습니다. 실습생 모집과 관련하여 아래와 같이 개인정보 수집·이용 내용을 관계 법령에 따라 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적

동구정신건강복지센터는 수집한 개인정보를 다음의 목적을 위해 활용합니다.

- 실습생 모집 : 실습생 모집 시 개인식별 등

2. 수집하는 개인정보의 항목

- 이름, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소, 학교/학과, 관련 자격 등

3. 개인정보 이용기간 : 모집기간 및 실습채용 시점까지 보유, 이용, 보관

4. 개인정보의 수집근거 : 개인정보 보호법

5. 귀하는 위와 같이 개인정보를 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 단, 정보 제공에 동의하지 않는 경우 실습생 모집과 관련한 불이익을 받을 수 있음을 알려드립니다.

본인은 개인정보 수집 및 처리에 관하여 고지 받았으며,

이를 충분히 이해하고 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 동의하지 않음

동의일 : 년 월 일

동의인 : (서명 또는 인)

동구정신건강복지센터장 귀하