**청소년 성소수자 또래상담 교육 참가신청서**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름(닉네임) :** |  | **나이 :** |  |
| **E-mail :** |  | **연락처 :** |  |
| **본인의 성정체성, 성별정체성은 :**  |  |
| **또래상담 교육에 참석하려고 하는 이유를 알려주세요?**  |  |
| **11월16일, 11월30일 교육일정 모두 참여할 수 있나요? (만약 어렵다면 교육참여 가능한 날짜와 시간을 적어주세요)**  |  |
| **또래상담교육을 통해 얻고 싶은 것이 있다면 자유롭게 적어주세요.**  |  |
| **또래상담교육을 마치고 상담내용을 함께 체크해보는 월 1회 정기모임을 이어갈 예정입니다. 후속모임 참여가 가능하신가요?**  |  |
| **필요한 배려가 있다면 미리 알려주세요!**  |  |

**[참고사항]**

\* 다 작성하신 참가신청서는 **lgbtpride@empas.com** 메일로 보내주세요. 2일 모두 참석이 가능한 분들만 신청해주세요. **19세 미만 청소년 성소수자들의 참여를 우선하고 있기 때문에 성인인 경우 참가신청서가 접수된다고 하더라도 바로 등록되는 것은 아닙니다. 양해부탁드려요.** 검토 후 최종 등록에 관한 안내를 해드리겠습니다.

\* 궁금하신 점 있으면 언제든지 **lgbtpride@empas.com** 메일이나 정욜(**010-이공구공-일오구오**)로 연락주세요~ 친절하게 답변해드리겠습니다~ ^^