

보육실습 동의서

실습생 정보

성명			
보육실습기간	201 ~ 201 (반드시 4주 연속, 160시간(1일 8시간) 이상)		
주소 (도로명주소)	(-)		
연락처		이메일	
보육실습 기관 정보			
보육실습기관명	(정원 : 명)	기관종류 (해당사항 선택)	1. 국공립, 법인, 직장() 2. 민간(평가인증기관 확인)() 3. 가정(평가인증기관 확인)() 4. 종일제 유치원()
보육실습기관원장명			
기관주소	(-)		
기관연락처		팩스	
보육실습지도교사	성명 :	자격종류	보육교사 1급 () 유치원정교사 1급 ()

※ 확인사항

1. 현장실습과목 수강신청시 반드시 최소 선수과목을 이수하여야 함.
2. 현장실습과목 선수과목 미 이수에 따른 자격증 신청시 자격기준 상실에 대한 책임은 실습생 본인에게 있음
3. 실습기관 : 법적으로 인가받은 보육시설(정원 15인 이상) 또는 종일제 유치원
4. 보육실습동의서 제출 후 임의로 기관을 변경할 수 없습니다.
5. 첨부서류 : 실습기관 시설인가증 사본 1부, 실습지도교사 자격증 사본 1부.

위와 같이 본 기관에서 보육실습을 수행함에 동의합니다.

2015년 월 일

신청자_____ (인)

실습기관명_____ (직인)

※ 시설 직인이 없을 시 무효처리

대구보건대학교 평생교육원장 귀하