

사회복지현장실습 변경 신청서

실습생 인적사항	성 명			
	생년월일			
	휴대전화			
실습기관 ※ (<u>변경사항</u> <u>기재</u>)	기 관 명			
	실습기간	2020. . . ~ 2020. . . (120시간)		
	실습요일	<input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 화 <input type="checkbox"/> 수 <input type="checkbox"/> 목 <input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 토 <input type="checkbox"/> 일		
	실습시간	: ~ : (최소 4시간 이상, 최대 8시간 이하)		
	기관주소			
	실습지도자 성명		전화	
	실습지도자 직위		FAX	
<p>신청인 : (서명)</p> <p> 대구보건대학교 평생교육원장 귀하</p>				