



대구보건대학교 평생교육원 사회복지현장실습 수강신청서

실습생 인적사항	성 명				사 진 (3*4cm) 최근 3개월 이내 촬영본
	주민등록번호	—			
	주 소	() ※ 도로명주소			
	E-mail		전 화		
			휴대전화		
실습기관 ※ 예정사항 확인용	기 관 명				
	실습기간	2020. . ~ 2020. . (160시간)			
	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	
선수과목 이수현황 (✓체크 표기)	필수과목 ※ 4개 과목 이상 이수	<input type="checkbox"/> 사회복지개론 (사회복지학개론) <input type="checkbox"/> 사회복지법제 (사회복지법제와 실천) <input type="checkbox"/> 사회복지실천기술론 <input type="checkbox"/> 사회복지실천론 <input type="checkbox"/> 사회복지정책론 <input type="checkbox"/> 사회복지조사론 <input type="checkbox"/> 사회복지행정론 <input type="checkbox"/> 인간행동과사회환경 <input type="checkbox"/> 지역사회복지론			
	선택과목 ※ 2개 과목 이상 이수	<input type="checkbox"/> 가족복지론 <input type="checkbox"/> 가족상담 및 가족치료 <input type="checkbox"/> 교정복지론 <input type="checkbox"/> 국제사회복지론 <input type="checkbox"/> 노인복지론 <input type="checkbox"/> 복지국가론 <input type="checkbox"/> 빈곤론 <input type="checkbox"/> 사례관리론 <input type="checkbox"/> 사회문제론 <input type="checkbox"/> 사회보장론 <input type="checkbox"/> 사회복지발달사 (사회복지역사) <input type="checkbox"/> 사회복지와 문화다양성 <input type="checkbox"/> 사회복지와 인권 <input type="checkbox"/> 사회복지윤리와철학 <input type="checkbox"/> 사회복지자료분석론 <input type="checkbox"/> 사회복지지도감독론 <input type="checkbox"/> 아동복지론 <input type="checkbox"/> 자원봉사론 <input type="checkbox"/> 여성복지론 <input type="checkbox"/> 산업복지론 <input type="checkbox"/> 정신보건사회복지론 (정신건강사회복지론) <input type="checkbox"/> 장애인복지론 <input type="checkbox"/> 의료사회사업론 (의료사회복지론) <input type="checkbox"/> 학교사회사업론 (학교사회복지론) <input type="checkbox"/> 청소년복지론 <input type="checkbox"/> 정신건강론 <input type="checkbox"/> 프로그램개발과평가			

※ 첨부 선수과목 성적확인(증명)서 1부.

[현장실습 교육과정 확인 동의서]

- ▶ 자격요건 : 선수과목 이수내역에 대해 허위사실이나 오류가 없음을 확인합니다.
- ▶ 현장실습 : 신청인이 신청한 실습처는 보건복지부장관이 선정한 기관이고, 실습지도자는 법령이 정하는 자격요건을 갖추었음을 확인하였습니다.
- ▶ 출석기준 : 전체 수업 중 80%이상(12회 이상 출석) 출석해야 수업이수가 가능함을 확인하였습니다.

위 내용을 모두 확인하였으며, 이에 따른 불이익은 수강생 본인이 책임짐을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2020년 월 일

신청인 : (서명)



대구보건대학교 평생교육원장 귀하