

보육실습 동의서[실습기관 확인용]

실습생 정보

성명			
보육실습 기간	1	2021. . . ~ 2021. . .	※ 6주, 240시간 (1일 8시간)
	2	2021. . . ~ 2021. . .	
주 소 (도로명주소)	(우:)		
연 락 처		이 메 일	

보육실습처 정보

보육실습 기관명	(정원 : 명)	기관종류 (해당사항 선택)	1. 국공립, 법인, 직장() 2. 민간(평가인증기관 확인)() 3. 가정(평가인증기관 확인)()
보육실습기관 원장명			
기관주소	(우:)		
기관연락처		팩스	
보육실습 지도교사	성명 :	자격종류	보육교사 1급 () 유치원정교사 1급 ()

※ 확인사항

1. 선수과목 미 이수에 따른 자격증 신청 시 자격기준 상실에 대한 책임은 실습생 본인에게 있음
2. 실습기관은 법적으로 인가받은 보육시설(정원 15인 이상) 또는 종일제 유치원에 해당함
3. 보육실습동의서 제출 후 임의로 기관을 변경할 수 없음

위와 같이 본 기관에서 보육실습을 수행함에 동의합니다.

2021년 월 일

신청자 (인)

실습기관명 (직인)

※ 시설 직인이 없을 시 무효처리

 대구보건대학교부설평생교육원장 귀하