

2021-1 임상실습 신청서

순	실습희망기관
1	꽃밭정이
2	희망지역아동센터
3	효사랑전주요양병원

이름(학번)	김예치(201669028)	연 락 처	010-xxxx-xxxx
전 공	음악	이 메 일	xxxxxxx@xxx.xxx
실습희망대상	노인	희망지역	전주
실습가능요일	화 / 금 / 토	총 실습이수시간	
실습경험	무		
기 관 명	대상(진단명):		실습기간: 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일
	개별 세션 (주 / 보조)	그룹 세션 (주 / 보조)	총 세션횟수: 개별 회 & 그룹 회 실습이수시간:
기 관 명	대상(진단명):		실습기간: 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일
	개별 세션 (주 / 보조)	그룹 세션 (주 / 보조)	총 세션횟수: 개별 회 & 그룹 회 실습이수시간:
기 관 명	대상(진단명):		실습기간: 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일
	개별 세션 (주 / 보조)	그룹 세션 (주 / 보조)	총 세션횟수: 개별 회 & 그룹 회 실습이수시간: