

2021-2 임상실습 신청서

이름(학번)	김○○(201900000)		연 락 처	010-****-****
전 공	음악		이 메 일	*****@****.***
실습희망대상	아동		희망지역	전주
실습가능요일	월 / 화 / 금 / 토		총 실습이수시간	
실습경험	유 / 무 (실습경험이 있는 경우, 아래 내용을 빠짐없이 기재하세요.)			
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:

※ 실습은 대부분 월/화/금 중 배정이 되지만 학과 및 기관의 사정에 따라 예외가 생길 수 있습니다.