**( 대학명, 소속 대학 및 학과 )**

 **년도 학기** **임상실습 확인서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성명** | **학교** | **전공** | **학번** | **임상실습 기관** | **임상실습 기간** |
|  |  |  |  |  | 20 년 월 일 부터20 년 월 일 까지 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **회기** | **날짜** | **대상** | **시간** | **수퍼바이저** | **회기** | **날짜** | **대상** | **시간** | **수퍼바이저** |
|  **1** |  |  |  |  |  **9** |  |  |  |  |
|  **2** |  |  |  |  | **10** |  |  |  |  |
|  **3** |  |  |  |  | **11** |  |  |  |  |
|  **4** |  |  |  |  | **12** |  |  |  |  |
|  **5** |  |  |  |  | **13** |  |  |  |  |
|  **6** |  |  |  |  | **14** |  |  |  |  |
|  **7** |  |  |  |  | **15** |  |  |  |  |
|  **8** |  |  |  |  | **16** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **총 임상실습시간** : **총 시간** |

위 사람은 음악치료 임상실습 과정을 상기 내용과 같이 이수하였기에 이를 확인합니다.

년 월 일

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **성 명** | **서 명** |
| **기관담당자** |  |  |
| **수퍼바이저** |  |  |
| **주임(담당)교수** |  |  |

귀중 **(학교명)**