

음악치료 실습 확인서

1. 실습생 기본사항

성명	김음악	생년월일	1993.10.12
연락처	010-2222-3333	학교명	대한민국대학교
학과/전공명	음악치료학과	학위유형	음악치료석사
실습 교과목 명칭 (학점)	음악치료실습1(1학점)		
대상명 분류	V아동 및 청소년 (2) 노인 (3) 성인 정신과		

2. 실습기관 및 시수

기관명	주소	연락처	실습기간	시수
음악치료병원	서울시 음악구 음악길1	010-2222-3333	2020.03.21. ~2020.06.21. (3개월)	60

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

○○○○년 ○월 ○○일

확인자	슈퍼바이저	기관담당자	학과장(지도교수)
성명	성명 날인 필수 (서명/인)	성명 날인 필수 (서명/인)	성명 날인 필수 (서명/인)