

음악치료 인턴십 확인서

1. 인턴생 기본사항

성명	김음악	생년월일	1990.01.01
연락처	010-1234-5678	학교명	대한민국대학교
학과/전공명	음악치료학과	학위유형	음악치료학석사
인턴십 교과목 명칭 (학점)	음악치료인턴(3학점)		

2. 인턴기관별 정보 및 시수

기관명	대상 <small>(1) 아동 및 청소년 (2) 노인 (3) 성인 정신과</small>	주소	연락처	실습기간	주별 근무일	1일 근무시 간	시수
1. 한국병원	(2)노인	서울시 음악구 음악길 1	010-2333 -4444	2020.3.11.- 2020.9.11. (6개월)	주 (5)일	(8) 시간	960
2.					주 ()일	() 시간	
3.					주 ()일	() 시간	
4.					주 ()일	() 시간	
5.					주 ()일	() 시간	
*인턴십 기관이 다섯 곳 초과 시 동일한 양식 추가 작성하여 제출				시수 합계			960

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

 년 월 일

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