

사 회 복 지 현 장 실 습 확 인 서

실습생 인적 사항	성명		주민등록번호	
	주소			
	전화번호		휴대전화	
	학교/학과명	호남대학교/사회복지학과	실습지도교수 성명	
실습 기관	실습기관명		전화번호	
	주소			
	실습기간	년 월 일 부터 ~ 년 월 일 까지		
	실습시간	총 시간 (매주 요일부터 ~ 요일까지, 1일 시간)		
	실습내용			
	실습지도자명		사회복지사 자격번호 (취득일)	(. .)
	실습지도자 경력기간		담당 업무	
	년 월 일 ~ 년 월 일			
년 월 일 ~ 년 월 일				

위와 같이 실습 내용을 확인합니다.

년 월 일

실습지도자 : (인)

실 습 기 관 : (직인)

년 월 일

실습지도교수 : (인)

한국사회복지사협회장 귀하

※ 기관방문이나 자원봉사 활동 등은 사회복지현장실습에 포함되지 않습니다.

※ 허위사실 기재로 판명될 경우 자격중 교부가 되지 않을 수 있습니다.

○ 사회복지현장실습에 관한 기준 (「사회복지사업법 시행규칙」 제3조 관련 [별표1])

가. 실 습 기 관 : 법 제2조제1호에 따른 사회복지사업과 관련된 법인·시설, 기관 및 단체로 한다.

나. 실습지도자 : 사회복지사 1급 자격증을 소지한 자로서 3년 이상 또는 사회복지사 2급 자격증을 소지한 자로서 5년 이상 사회복지사업의 실무경험이 있는 자가 실습을 지도하여야 한다.

다. 실 습 시 간 : 현장실습시간은 120시간 이상으로 한다.

※ 위의 법적 기준은 모두 충족해야 하며, 미충족시 자격중 취득이 불가능 합니다.

※ 홈페이지(<http://lic.welfare.net>)에서 “사회복지현장실습 확인서 작성 예시” 참고 요망