**( 대학명, 소속 대학 및 학과 )**

 학년도 학기 **임상실습 확인서(세미나 및 특강)**

|  |  |
| --- | --- |
| **성명** | **학번 / 학차** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **날짜** | **시간** | **참가 행사명(주제)** | **주최 단체** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **총 임상실습 인정시간** : **총 시간** |

위 사람은 음악치료 학술 세미나 및 특강 수강으로 임상실습 과정을
상기 내용과 같이 이수하였기에 이를 확인합니다.

년 월 일

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

귀중 **(학교명)**