

2020년 장애아돌보미 실습 사전 동의서

기관명	익산시건강가정·다문화가족지원센터	관리번호	2020-
※ 서비스 제공기관 담당자 기재란			

<장애아돌보미 실습 사전 동의서>

아래 돌보미 실습생이 _____가정 내에서 아래 기간 동안 실습활동을 하는 것을 허락합니다.

- 아 래 -

가. 소 속:

나. 성 명:

다. 실습기간 및 시간

실습기간	2020년 월 일~2020년 월 일
실습시간	총 시간

2020년 월 일

이용가정 (서명)

익산시건강가정·다문화가족지원센터

<장애아돌보미 실습상황부>

돌보미 실습생 성명:

긴급 연락처:

돌봄아동 (이름, 연령)	실습장소	실습시작 일시	실습종료 일시	실습시간	실습생 확인	담당자 확인
총 실습 이수시간				_____ 시간		

장애아돌보미 실습일지					
실습일자 (시간)		실습장소		장애아돌보미 실습생	
실습내용					
실습소감 및 특기사항					