20 년

재활심리현장실습일지

학 번	e-mail:
성 명	전화:
담 당 교 수명	
실습기관명	
실습기관주소	
실습기관연락처	Tel) Fax)
실습지도자명	
실 습 기 간	20 년 월 22일 ~ 20 년 월 일

가톨릭관동대학교 사회복지대학원
(사회복지학과 재활상담전공)

목 차

※ 제출서류 칸에 ○ 표기 하세요.

목차	제출서류
1. 표지	
2. 목차	
3. 재활심리현장 실습생의 자세	
4. 실습생 신청서	
5. 실습생 서약서	
6. 실습신청서(학교제출용)	
7. 현장실습확인서(자격 신청 용) 중요	
8. 실습평가서	
9. 실습일지(1회----1일 실습 할때마다 작성)	
10. 실습생 출근부	
11. 실습기관 분석 보고서	
12. 현장실습 사진	
13. 중간평가보고서	
14. 최종평가보고서	
15. 재활상담사례관리 계획	
16 사례관리 진행	
17.사례관리 종결	
18. 실습비 영수증 *기관직인필수	
19. 실습소감문	
20. 기타 증빙: 안내지 등	

재활심리현장 실습생의 자세

우리는 실습생으로서 장애아동복지지원법에 의거 발달재활서비스 전문가로 다음 사항을 준수한다.

1. 실습의 목적과 중요성을 충분히 이해하고 실습 계약 사항을 이행하기 위하여 최선의 자세로 실습에 임한다.
2. 실습은 대학에서 학습된 이론을 구체적으로 적용하는 과정임을 인식하여 이에 최선을 다한다.
3. 실습교육기관의 구성원이라는 생각으로 타 구성원과 협력하며 친화적인 태도를 취한다.
4. 기관의 정책을 이해하고 수용하며 실습과정에서 준수하도록 한다.
5. 근무시간은 기관의 규정에 준하며 직원과 동일한 자세로 근무시간에 임하도록 한다.
6. 실습시작 최소 10분전에 출근하여 출근을 확인하며, 업무에 관계된 사항을 사전에 준비하도록 한다.
7. 결근, 조퇴, 지각 등 근태와 관련된 사항은 반드시 실습지도자에게 사전에 보고하여 허락을 받도록 한다.
8. 실습지도자의 지시뿐 아니라 타직원의 지도를 잘 이행하므로 실습 효과를 최대화 하도록 한다.
9. 재활전문가 직무에 강한 책임감과 열의를 갖고 적극적으로 임하며 타인에게 책임을 전가하거나 태만하게 행동하지 않는다.
10. 실습으로 인하여 알게 된 클라이언트의 사적인 정보를 교육적 목적(대학실습지도 등) 이외에는 절대 발설하지 않으며, 교육적 목적이라 하더라도 가명을 사용하여 개인의 비밀이 침해되지 않도록 한다. 실습종료 후, 실습관련 내용을 학회지 등에 게재하고자 할 때는 반드시 실습지도자와 상의하여 허락을 받아야 한다.
11. 실습지도자의 지도 혹은 타 실습생의 실습을 견학, 관찰할 경우 배우는 자세로 진지한 태도를 취한다.
12. 기관의 직원, 이용 가족 및 클라이언트 등에 대해 예의를 지킨다.
13 복장, 소지품은 실습 기관의 특성과 상황에 맞게 취하되 가능한 화려한 것을 피하고 검소하며 단정한 것으로 착용하도록 한다.
14. 안전사고에 만반을 기하도록 하며 안전사고와 관련된 기관의 규정을 사전에 숙지하여 그에 준해 처리하도록 한다.
15. 실습일지를 비롯한 각종 실습기록은 사실에 근거하여 정확하고 구체적으로 정리하여 실습 시 실습지도자와 실습지도교수의 강평을 받는다. 특히, 재활상담사례관리 분석 제출요망.
16. 과제에 관하여 연구하고 그 결과물에 대해 실습지도자의 강평을 받는다.
17. 실습과정 중 어떤 경우라도 사례금 등의 금품을 절대 주거나 받지 않는다.
18. 과제물은 정해진 기일에 제출하고 출근 전에 작성을 마친다.
19. 기관의 명칭을 사적으로 활용하지 않으며 실습생의 신분을 지킨다.
20. 기관을 대표한다는 자세로 실습교육기관의 직원들과 동일한 업무 태도와 자세를 취한다.

[서식 1] 재활심리현장실습 신청서(기관 신청용)

재활심리현장실습 신청서

※ 파란색 글씨는 작성 방법에 설명이오니 반드시 삭제하신 후 작성 및 제출 해 주세요.

1. 실습생 인적사항

성 명		생년월일		
학교명		학과/전공		학년/학기	
현주소				
전화번호	집 :		휴대폰 :	
E-Mail				

2. 재활심리 관련과목 이수 현황

교과목명	이수 여부 (O,X)	년도/ 학기	교과목명	이수 여부 (O,X)	년도/ 학기
장애아동의 이해(공통필수)			지역사회심리재활 (전공선택)		
재활상담(전공필수)			재활심리세미나 (전공선택)		
장애아동청소년심리재활 (전공필수)			심리진단 및 평가(전공선택)		
재활심리현장실습 (전공필수)			이상심리학 (전공선택)		
			장애아동 부모교육 및 상담(공통선택)		

3. 실습 기관에 드리는 글(실습 기관에 전하는 실습에 대한 태도와 각오 및 관련 경력이 있는 경우에는 함께 기재)

상기 내용으로 귀 기관에 실습을 신청합니다.

실습생 : _____ 인

실습교육기관 : _____ 귀중

[서식 2] 재활심리현장실습 서약서

재활심리현장실습 서약서

소속학교 및 학과	가톨릭관동대학교 사회복지대학원 사회복지학과 재활상담전공	학 번	*필수 입력*
성 명	*필수 입력*	연락처	*필수 입력*

본인은 본교의 재활심리현장실습과 관련하여 아래의 내용에 의해 향후 성적에 불이익이 발생 시 본인이 책임을 지며, 학교 측에 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.

구 분	내 용
실습기관	① 실습 태도 불량
	② 기관장의 허락 없이 결석, 지각, 조퇴할 경우
	③ 내담자의 사적인 정보를 발설할 경우
	④ 내담자에게 위해를 가하거나 상해를 입혔을 경우
	⑤ 실습 과정 중 사례금 등의 금품을 주고 받을 경우
	⑥ 기관의 명칭을 사적으로 활용하는 경우
	⑦ 기타 기관에서 실습생에 대한 건의가 있을 경우
	⑧ 실습 지도자가 작성한 실습평가서의 총점이 60점 미만인 경우
학 교	① 허위 실습 및 허위 실습 과제 제출 시
	② 기한 내 실습관련 서류 미제출 시(부득이한 사유 및 실습 지도교수 사전 상의 없는 상황)
	③ “재활심리현장실습”교과목 대면 수업(30시간)/ 현장실습 필수 교과목 미이수 시(두 가지 중 한 가지라도 해당 사항이 있을 경우 미충족으로 봄)
	④ 과제 미제출, **실습 O.T**, **토론 및 세미나** 등 미참석 시
	④ 기타 학교에서의 요구에 불응

※ 학교 ②번 항목의 “부득이한 사유”는 학칙에 준함(코로나로 입원 등)

※ 서약 거부 시 해당 교과목 신청이 불가합니다.

☐ 서약함 ☐ 서약하지 않음

[서식 3] 재활심리현장실습 신청서

재활심리현장실습 신청서(학교제출용)

20( )학년도 ( )학기

학과	건양사이버대학교	학번	*필수 입력*
성명	*필수 입력*	자택연락처	
휴대폰	*필수 입력*	이메일	*필수 입력*
자택주소	*필수 입력(일지 등 우편물 발송에 사용됨)*		
실습기관명	*필수 입력*	실습기관장	*필수 입력*
기관분야	*필수 입력*		
기관주소 (우편번호 기재)	*필수 입력*		
기관연락처	*필수 입력*	기관팩스번호	
실습기간	*필수 입력*		
실습지도자 성명 (수퍼바이저)	*필수 입력*	실습지도자 연락처 (수퍼바이저)	*필수 입력*
실습지도자 자격증 명칭	*필수 입력*	자격증 급수	*생략 가능*
자격증 번호	*필수 입력*	자격증 취득일	*필수 입력*
실무경력	*필수 입력*		
기타안내			

상기와 같이 실습을 신청합니다.

신청자: (인)

※ 유의사항

1. 실습기관 및 실습지도자에게 반드시 사전에 현장실습 승인을 득한 후 신청해야 합니다.
1. 허위기재 및 미기재로 인한 실습에 있어서의 책임은 실습생 본인에게 있습니다.
2. 실습신청서의 기재 내용은 실습기관에 제공됩니다.

[서식 4] 재활심리현장실습 확인서

재활심리 현장실습확인서

1. 실습생 인적사항

이 름	***필수 입력***	생년월일	*※ '주민등록번호' 앞자리 6자리 기입*
대 학 명		학 과	
휴대전화	***필수 입력***	전자우편	***필수 입력***

2. 실습기관 관리요소

실습기관명	***필수 입력***		
실습기관등록 번호	****사업자등록번호 등***		
주 소	(우편번호 :) ***필수 입력*** *※ '도로명 주소' 기입*		
전 화 번 호	***필수 입력***		
실 습 기 간	년 월 일 부터 년 월 일까지 (총 ____시간)		
실 습 시 간	총 _____시간 (주 시간×___주)		
실 습 내용	*※ 실습대상(장애유형), 실습목표, 실습 주요내용 등 명시* *(장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 실습 포함 총 120시간)*		
실습지도자 성명		실습지도자 인적사항	*자격사항 (※발급기관 함께 기입)* *예) 한국재활심리사협회 재활심리사1급 제 00호* *전공/최종 학위/출신학교*

위와 같이 실습 내용을 확인합니다.

년 월 일

실습지도자 : (서명)

기 관 명 : (직인)

교육기관/담당교수
(또는 학과장):

사회복지대학원 사회복지학과
(재활상담전공) (서명 또는 인)

[서식5]평가서

실습 평가서 (실습 지도자 작성)

기 관 명	(직인)	실습지도자	(인)	
실습부서		소지자격증	급수	
실 습 생		평 가 일 시		
실습기간	20 . . ~ 20 . . (최종실습이수 시간)			

*** 출석상황**

☐ 무단결석 없음 ☐ 무단결석 1회 ☐ 무단결석 2회 ☐ 무단결석 3회 이상
☐ 지각 없음 ☐ 지각 1회 ☐ 지각 2회 ☐ 지각 3회 이상

*** 다음은 실습생에 관한 평가입니다. 실습생이 실습지도 기간 동안 보여주었던 태도와 행동을 기준으로 아래 항목 1, 2, 3번 항목은 실습기관에서, 4, 5번 항목은 실습지도자가 평가하여 상단 평가점수에 총평가점수를 기재하시면 됩니다.**

평가항목 및 배점		평 가 내 용	평가점수 (/100)
기관평가	실습지도에 대한 태도 (20점)	- 실습지도 시간을 엄수한다. - 적극적이고 긍정적인 자세로 실습지도에 참여한다. - 실습지도에서 지적된 내용을 수용한다. - 배우는 입장에서 진지하게 노력하고 발전하려는 태도를 갖는다. - 실습지도자와 실습생으로서 공식적 관계를 형성한다.	(/20)
	기관이해 및 관계유지 (15점)	- 동료실습생과 긍정적이고 원만한 협력관계를 유지한다. - 기관의 목적, 정책, 규칙, 사업내용을 이해한다. - 기관 내에서 실습생으로서의 권한과 한계를 알고 일한다. - 기관 내 타직원과 협조적인 대인관계를 형성, 유지하여 업무를 처리한다.	(/15)
	실습자의 태도와 자질 (15점)	- 일의 우선순위를 결정하는 능력이 있다. - 할당된 시간 안에 일을 계획하고 수행한다. - 재활심리 지식을 실습내용에 적용한다. - 재활심리의 가치와 윤리를 갖고 임한다. - 실습과정을 책임감 있게 수행 한다.	(/15)
지도자평가	전문적 태도 (30점)	- 재활심리의 적용 이론과 그 내용에 대해 잘 알고 있다. - 충실하고 성실하게 재활심리 과정을 수행하였다. - 아동청소년재활상담 및 재활심리 사례적용의 전반적인 과정을 잘 알고 있다.	(/30)
	내담자에 대한 개입 (20점)	- 내담자/대상자에 대한 태도가 적절하다. - 내담자/대상자의 요구에 대해 잘 응대하였다. - 내담자/대상자의 심리적 자원을 파악하고, 지지적인 자세를 취했다.	(/20)
	종합의견	(실습생 및 학교에 대한 의견 기재)	

[서식 6] 실습 일지: 실습일지는 1일 실습활동을 일지에기록

(제 차)실 습 일 지

실습지도자	기관장

년 월 일 (요일) / 실습 장소:	
전달 및 협의사항	
재활심리 실습 내용	시간 :
	활동내용 :
	프로그램 및 재활심리 적용:
반성 및 소감	
향후계획	
supervisor comment	

*내용은 구체적으로 기록할 것

실습생 출근부

☐ 성명 :　　긴급연락처 :　　전자우편 :

월/일	출근시간	퇴근시간	실습생확인	실습 지도자확인	지각, 조퇴, 결근여부	사유
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						
/						

*** 기입요령 :** 출근시간, 퇴근시간 표시, 퇴근 시 실습생 및 실습지도자가 확인하며, 지각, 조퇴, 결근 시 그 사유를 함께 기록함

* 하루 실습 인정시간 : 1일 연속 최소 4시간 혹은 최대 8시간 (주 40시간 초과 금지)

재활심리현장실습기관 분석 보고서

실습생명		기관명	
기관주소	(전화:)		
기관소개자	(부서: 직책:)		

1. 기관의 역사
   (1) 기관 설립동기 및 설립목적
   (2) 기관 사업의 역사적 변천
   (3) 기관 역사에 대한 실습생의 평가

2. 기관의 목적

3. 기관의 주요사업 및 프로그램
   (1) 클라이언트 및 대상 지역
   (2) 주요사업
   (3) 서비스 전달체계
   (4) 기관의 대상층 및 주요 사업에 대한 실습생의 평가

4. 기관의 행정사항
   (1) 기관의 조직구조
   (2) 예산, 후원 및 지원사항
   (3) 기관의 행정구조와 예산 사용 및 후원에 대한 실습생의 평가

5. 기관이 속한 지역사회, 물리적 환경의 특징
   (1) 지역사회
   (2) 물리적 환경(시설, 공간 등)

6. 재활기관으로서 지역 내 타 기관들과의 연계
   (1) 관계유형 및 내용
   (2) 기관의 타 기관과의 관계유지에 대한 실습생의 평가

7. 기관의 특별한 면이나 전반적인 사항에 대한 인상이나 느낌

현장실습사진

● 대상자의 인권과 초상권 침해 없도록 유의

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">기관현판사진 - 실습생과 현판이 나오도록</td><td>날짜</td><td></td></tr>
<tr><td>사진
설명</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>날짜</td><td></td><td>날짜</td><td></td></tr>
<tr><td>사진설명</td><td></td><td>사진
설명</td><td></td></tr>
</table>

실습중간평가서

* 본 평가서는 실습생 본인이 작성하며, 서술양식으로 작성한 뒤 실습 실습지도자와 평가를 갖는 것을 추천함.

실습생명		기관명	
실습기간		실습지도자	
실습평가일		실습지도교수	

1. 실습목표와 관련된 실습내용 및 역할에 대한 평가

   1.1. 수행한 실습내용 및 역할의 요약

   1.2. 평가

   1.3. 앞으로의 계획

2. 실습에 임한 자세 및 노력

3. 재활심리 현장실습을 통해 배운 점

4. 앞으로 더 필요한 지식과 기술

5. 실습에서 어려웠던 점

6. 기관 및 실습지도자에게 건의할 점

실습최종평가서

* 본 평가서는 실습을 종결하면서 실습한 내용을 요약정리하고 목표 달성 정도와 소감을 간략히 정리하는 보고서입니다.

실습생명		기관명	
실습기간		실습지도자	
실습평가일		실습지도교수	

1. 실습기관의 소개

2. 실습기간 및 시간

실습기간	20 년 월 일부터 20 년 월 일까지 (총 일)
업무시간	주 일 근무, 시부터 시까지

3. 실습목표와 달성 정도

실습목표	달성정도
①	
②	
③	

4. 실습내용 소개

실습일정에 따른 실습내용	1주	
	2주	
	3주	
	4주	
	5주	
교육 및 참관사항		
가장 인상 깊었던 실습내용과 실습생의 역할 소개		

5. 실습지도자 소개

6. 실습소감

1) 힘들었던 점

2) 제기되었던 이슈 혹은 윤리적 딜레마

3) 가장 인상깊게 배우고 깨달은 점

7. 향후 실습을 위한 제언

8. 차후 실습의 활용 정도에 대한 실습생 평가

1) 예비 전문가로서의 활용 정도

2) 기관 이해도 및 재활심리에 대한 활용 정도

※재활심리사례관리 과제(1)-(3) : 총 3set: 재활상담 이론을 근거로 작성

재활상담사례관리 계획서

실습생명:

클라이언트명		성 별		조사일	
주 소		전화번호		작성일	
직 업		학력		연령	
의뢰경위		경제상태	□ 일반 □ 저소득 □ 수급자		

1. 일반적인 사항

- 가족상황, 경제상황, 건강상황, 일상생활 및 주거상황, 사회심리적 상황, 자원활용 상황

2. 클라이언트에 관한 사항; 주 호소력과 주 문제

- 신체, 인지, 정서, 심리, 행동 기능면 / 클라이언트의 강·약점

3. 욕구 진술

4. 재활상담 개입계획: 주요 상담 이론을 제시

욕구	달성목표	표적체계	개입전략 및 수행방법

5. 서비스 일정표

날짜	담당	서비스 목표	서비스 내용	준비물	비고

※사례관리 과제(2)

재활상담사례관리 진행일지(1회)

클라이언트명		실습생명	
일 시		장 소	

1. 목표 및 내용

결과목표	하위목표	서비스목표	서비스내용

2. 과정기록

3. 평가

1) 목표달성 및 서비스 평가

2) 클라이언트에 대한 평가

3) 사례개입에 대한 자신의 역할 평가

4. 계획

※재활사례관리 과제(3)

재활상담사례관리 종결 기록서

클라이언트명	
실습생명	
서비스제공기간	

1. 제공된 재활서비스

2. 재활사례관리 목표 달성 정도

3. 사후지도 계획

실습비 영수증

실습비 영수증

사회복지 현장실습비 : **원정**

실습생 성명 :

위 금액을 재활심리현장실습을 위한 실습비로 정히 영수함.

20 년 월 일

시설의 장(기관의 장) _____ [직인]

실 습 소 감 문

실습생 성명 : _____

실습 기관명 : _____

재활심리 현장실습확인서(자격증 발급을 위한 제출용)

재활심리 현장실습확인서

<table>
<tr><td rowspan="3">실 습 생
인적사항</td><td>학교/학과명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>성 명</td><td></td><td>생 년 월 일</td><td>※ '주민등록번호' 앞자리 6개</td></tr>
<tr><td>휴 대 전 화</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="9">실습기관
관리요소</td><td>실습기관명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>실습기관등록번호</td><td colspan="3">※ 사업자등록번호 등</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="3">※ '도로명 주소'로 기입해 주세요</td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>실 습 기 간</td><td colspan="3">년 월 일부터 년 월 일까지
(총___주)</td></tr>
<tr><td>실 습 시 간</td><td colspan="3">총 _____시간 (주 40시간×___주)</td></tr>
<tr><td>실 습 내 용</td><td colspan="3">※ 실습대상(장애유형), 실습목표, 실습 주요내용 등 명시
(장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 실습 포함 총 120시간)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">실습지도자
성명</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">실습지도자
인정사항</td><td>자격사항 (※발급기관 함께 기입)
예) 한국재활심리사협회
재활심리사1급 제 00호</td></tr>
<tr><td>전공/최종 학위/출신학교</td></tr>
</table>

위와 같이 실습 내용을 확인합니다.

년 월 일

실습지도자: (서명 또는 인)

실 습 기 관: (직 인)

교육기관/담당교수(또는 학과장):

대학(원) 학과 (서명 또는 인)