

# 「발달재활서비스 자격관리사업」 제15회 교과목 이수자 자격인정 안내서

2023. 11.



## 발달재활서비스 자격관리사업단

문의안내 T. 1544-6065 F. 02-3433-0739 홈페이지. <https://www.broso.or.kr/cert>  
(07236) 서울시 영등포구 의사당대로 22, 7층 중앙장애아동·발달장애인지원센터 장애아동지원팀



## ■ 15회 교과목 이수자 자격인정 추진 일정

| 일정                                 | 내용                    |
|------------------------------------|-----------------------|
| 2023. 11. 23.(목) ~ 12. 7.(목) 23:50 | 15회 교과목이수 자격인정 신청(2주) |

- 상기 추진 일정은 진행 상황에 따라 조정될 수 있음
- 접수에서 최종 자격인정확인서 발급까지의 과정은 약 3개월 소요 예정이며, 신청자의 수와 상황에 따라 조정될 수 있음
- 다음 회기 일정은 발달재활서비스 자격관리사업 홈페이지 공지사항을 통해 안내 예정

### ○ 참고사항

- 보다 정확한 교과목 이수 자격인정을 위해 홈페이지에서 다음의 내용 확인 요망  
: 빠른 서비스 > 동영상 안내 “영상으로 보는 발달재활서비스 자격관리사업 절차 안내”

### ○ 신청 및 접수 관련 안내

- 방문 및 우편, 이메일 등을 통한 서류 접수 및 상담 불가

### ○ 온라인 신청 중 전산 상 오류가 발견된 경우

- 홈페이지 > 열린광장 > 1:1문의 게시판을 통해 제목에 [오류] 키워드를 넣어 문의 요망

## ■ 자격인정 문의 관련 안내

### 1) 문의방법

- 홈페이지 문의: [www.broso.or.kr/cert](http://www.broso.or.kr/cert) > 열린광장 > 1:1문의

- 전화 문의: 1544-6065

- 전화 문의는 교과목 이수 자격인정 신청 기간 동안 오전 9시 30분부터 16시까지 운영되며, 교과목 이수 자격인정 관련 상담만 가능함.
- 타 부서로 전화 시 전화 연결 및 상담이 불가하므로 반드시 대표전화로 문의 요망

### 2) 문의 전 필독 사항

- 신청 기간 동안 상담 전화 폭주로 인해 전화 연결이 제한될 수 있으며 자격 심의 기간 중 전화 상담이 불가하므로 홈페이지 문의 이용 권장
- 본 안내서의 내용을 숙지하고 자격인정 신청을 진행해야 하며, 안내서에 안내된 내용과 관련하여 전화로 중복 상담 또는 내용에 대한 재확인은 불가함. 개별적 특이사항에 대한 문의는 홈페이지 1:1문의 게시판 활용을 권장함(홈페이지 상담 시 보다 빠른 답변 가능)

- 다음과 같은 내용의 문의에 대해서는 답변 불가함.

- 유사교과목에 대한 사전 검토
- 개인 자격에 대한 개별 코칭 상담

※ 자격인정에 관한 심의·의결 관련 권한은 발달재활서비스 자격관리위원회에 있음

### 3) 민원 관련 조치 시행 안내

산업안전보건법 제41조(고객의 폭언 등으로 인한 건강장해 예방조치)가 시행됨에 따라, 자격 관리 상담 업무 진행 중 악성민원 발생 시 다음과 같이 처리할 수 있음(상담내용 자동 녹음)

|         |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 성희롱     | 통신매체 이용 음란죄: 전화나문자 등으로 성희롱은 2년 이하의 징역 또는 500만 원이하의 벌금(성폭력범죄 처벌 등에 관한 특례법 제 13조)                                                                                                                                                                   |
| 업무방해    | 위계에 의한 업무방해, 5년 이하 징역 또는 1,500만 원 이하의 벌금(형법 제314조 제1항)                                                                                                                                                                                            |
| 허위사실 제보 | 허위사실 유포 또는 정보처리장치에 허위정보 입력 등에 의한 업무방해, 5년 이하 징역 또는 1,500만 원 이하의 벌금 (형법 제314조 제1항및 제2항)                                                                                                                                                            |
| 폭언, 욕설  | 공포·불안 유발죄 : 전화, 이메일, 문자, 메신저 등을 이용한 폭언·욕설의 경우 공포심이나 불안감을 유발하는 부호·문언·음향·화상 또는 영상을 반복적으로 상대방에게 도달하게 한 경우, 1년 이하 징역 또는 1000만원 이하의 벌금 (정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률 제44조의7제1항 제3호 및 제74조제1항 제3호) 공연히 모욕한 경우, 1년 이하의 징역이나 금고 또는 200만 원 이하의 벌금 (형법 제311조) |
| 협박      | 협박(일반적인사람이 공포심을 느낄 정도의 해악을 고지)한 경우, 3년 이하의 징역, 500만 원 이하의 벌금, 구류 또는 과료 (형법 제283조제1항)<br>단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 협박한 때에는 7년 이하의 징역 또는 1천만원이하의 벌금 (형법 제284조)                                                                                |

※ 안내문을 충분히 숙지하여 자격인정 신청하여 주시기 바랍니다.

# 차 례

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>제1장. 「발달재활서비스 자격관리사업」 개요</b>       | <b>1</b>  |
| 1. 발달재활서비스란?                          | 3         |
| 2. 발달재활서비스 자격관리사업이란?                  | 3         |
| <b>제2장. 발달재활서비스 제공인력 자격요건 안내</b>      | <b>7</b>  |
| 1. 대학 또는 이와 동등한 학교에서 영역별 교육과정을 이수한 경우 | 9         |
| 2. 대학원에서 영역별 교육과정을 이수한 경우             | 10        |
| 3. 유사교과목 심의 안내                        | 11        |
| 4. 과목별 학점 및 이수 기준                     | 13        |
| 5. 제공영역별 법정교과목 이수 상세 과목               | 14        |
| <b>제3장. 발달재활서비스 제공인력 현장실습 안내</b>      | <b>19</b> |
| 1. 공통현장실습 기준 안내                       | 21        |
| 2. 제공영역별 현장실습 기준 및 실습확인서 양식           | 23        |
| <b>제4장. 발달재활서비스 제공인력 자격인정 신청 방법</b>   | <b>45</b> |
| 1. 자격인정 제출 서류                         | 47        |
| 2. 유사교과목 심의 관련 제출 서류                  | 48        |
| 3. 자격 인정 신청 시 유의사항                    | 50        |
| <b>제5장. 온라인 자격인정 신청 방법</b>            | <b>53</b> |
| <b>제6장. 자격신청 결과 통보 및 조회 방법</b>        | <b>82</b> |
| <b>제7장. 자격신청 결과 관련 이의신청 안내</b>        | <b>88</b> |

## 표&서식 목차

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| [표 2-1] 대학 또는 이와 동등학 학교 기준 제공영역별 이수과목 수    | 9  |
| [표 2-2] 대학원 기준 제공영역별 법정교과목 이수과목 수          | 10 |
| [표 4-1] 자격인정 제출 서류                         | 47 |
| [표 4-2] 유사교과목 심의 제출 서류                     | 48 |
| [표 4-3] 자격신청 주요 미인정 사유                     | 51 |
| [표 5-1] 교과목 이수자 자격인정 신청서 자가점검 항목           | 80 |
| [서식 3-1] 감각발달재활 현장실습확인서                    | 24 |
| [서식 3-2] 감각발달재활 현장실습확인서(학과장 대체양식)          | 25 |
| [서식 3-3] 놀이심리재활 관찰실습확인서                    | 27 |
| [서식 3-4] 놀이심리재활 1:1 개별임상실습 확인서             | 28 |
| [서식 3-5] 미술심리재활 현장실습 확인증                   | 30 |
| [서식 3-6] 심리운동 현장실습확인서                      | 31 |
| [서식 3-7] 아동재활현장실무 실습확인서                    | 33 |
| [서식 3-8] 아동재활현장실무 실습확인서(학과장 대체양식)          | 34 |
| [서식 3-9] 음악재활영역 실습Ⅰ 실습확인서                  | 36 |
| [서식 3-10] 음악재활영역 실습Ⅱ 실습확인서                 | 37 |
| [서식 3-11] 음악재활영역 인턴십 확인서                   | 38 |
| [서식 3-12] 재활심리 현장실습확인서                     | 39 |
| [서식 3-13] 청능재활 현장실습확인서                     | 41 |
| [서식 3-14] 청능재활 현장실습확인서(학과장 대체양식)           | 42 |
| [서식 3-15] 행동재활 현장실습확인서                     | 43 |
| [서식 3-16] 행동재활 현장실습확인서(학과장 대체양식)           | 44 |
| [서식 7-1] 발달재활서비스 제공인력 자격인정 이의 신청서 (※개인 신청) | 92 |
| [서식 7-2] 유사교과목 심의 결과 이의신청서 (※ 학교 및 학과 신청)  | 93 |

## 그림목차

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| [그림 1-1] 고시 이후 발달재활서비스 제공인력 자격관리 운영 체계 | 4  |
| [그림 1-2] 발달재활서비스 자격관리사업 운영체계           | 4  |
| [그림 1-3] 발달재활서비스 교과목 이수 자격인정 절차        | 6  |
| [그림 2-1] 발달재활서비스 유사교과목 심의 절차           | 11 |
| [그림 2-2] 유사교과목 심의 절차                   | 11 |
| [그림 2-3] 진위여부 확인 및 조치 절차               | 12 |
| [그림 4-1] 강의계획서 원본대조필 확인 증빙 예시          | 49 |
| [그림 5-1] 온라인 자격인정 신청절차                 | 55 |
| [그림 6-1] 심의결과 조회 절차                    | 84 |
| [그림 6-2] 심의결과조회 홈페이지 예시                | 84 |
| [그림 7-1] 이의신청결과 조회 절차                  | 91 |
| [그림 7-2] 이의신청결과 홈페이지 예시                | 91 |

**필독****제15회 교과목 이수자 자격인정 관련 필독사항****필독**

- 실습확인서 상 지도자 자격기준에 ‘발달재활서비스 제공인력 확인서’ 기입 불가  
ㄱ 실습확인서 상 실습 지도자 및 실습 슈퍼바이저 자격기준에 한국장애인개발원장으로 발급되는 ‘발달재활서비스 제공 인력 자격 인정 확인서’ 를 기입하여 제출하는 경우가 발견됨.  
해당 확인서는 특정 영역의 담당자의 지도자격을 뜻하는 것이 아니며 자격증 개념이 아님.  
제출될 경우 해당 신청자의 자격 미인정으로 처리.

※ 상기 내용은 추후 자격인정 시 서류제출과 관련하여 유의할 점을 정리한 것이며, 전체 안내서의 내용을 숙지한 후 자격인정 신청을 진행해야 함을 안내드립니다.





## 제1장

# 「발달재활서비스 자격관리사업」 개요

---



## 「발달재활서비스 자격관리사업」 개요

### 1. 발달재활서비스란?

#### 가. 사업목적

- 성장기 장애아동의 인지, 의사소통, 적응행동, 감각·운동 등의 정신적·감각적 기능향상과 행동발달을 위한 적절한 발달재활서비스 지원 및 정보 제공, 높은 발달재활서비스 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 목적으로 함

#### 나. 서비스대상자

- 연령: 만18세 미만 장애아동
- 장애유형: 시각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 장애아동(\*중복 장애 인정)
- 소득기준: 기준 중위소득 180% 이하(소득별 차등 지원)
- 기타요건
  - 「장애인복지법」상 등록장애아동
  - : 영·유아(만6세 미만)의 경우 각·청각·언어·지적·자폐성·뇌병변 장애가 예견되어 발달재활서비스가 필요하다고 인정한 발달재활서비스 의뢰서 및 검사자료로 대체 가능

### 2. 발달재활서비스 자격관리사업이란?

#### 가. 개요

- 발달재활서비스의 질 관리를 위해 재활서비스 유형별 최적 자격기준을 수립하고, 제공인력의 전문성을 강화하여 서비스 수준 향상을 목적으로 발달재활서비스 제공인력에 대한 자격인정을 실시하는 사업임

#### 나. 법적근거

- 장애아동 복지지원법 시행규칙, 별표 제 8조 1항, **보건복지부 고시 제2020-335호**
  - 발달재활서비스 제공인력의 전문성을 강화하기 위해 「장애아동 복지지원법」 시행규칙 「별표1」 다목의 ‘발달재활서비스 제공 인력의 자격 및 인정절차 기준’개정(17.9.12 공포, 18.9.12 시행, 20.12.31 전부 개정)에 따라 보건복지부 장관이 고시하도록 위임한 자격 기준(이수 과목 등) 및 인정 절차 등 세부사항 제정
- **발달재활서비스 제공인력 자격 규정**
  - 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 발달재활서비스 관련분야의 국가자격증 또는 국가공인 인정 자격증을 소지한 사람 (현재 국가공인자격증 소지자로 언어재활사만 해당되며 자격 인정 신청 대상이 아님)
  - 「고등교육법」 제2조에 따른 학교 또는 「학점인정 등에 관한 법률」 제3조제1항에 따라 평가 인정은 받은 학습과정을 설치 운영하는 교육훈련기관에서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 발달재활서비스 관련 과목 중 14과목 이상(42학점 이상)이수한 사람
  - 「고등교육법」 제29조의2에 따른 대학원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 발달 재활서비스 관련 과목 중 7과목 이상(21학점 이상)을 이수한 사람

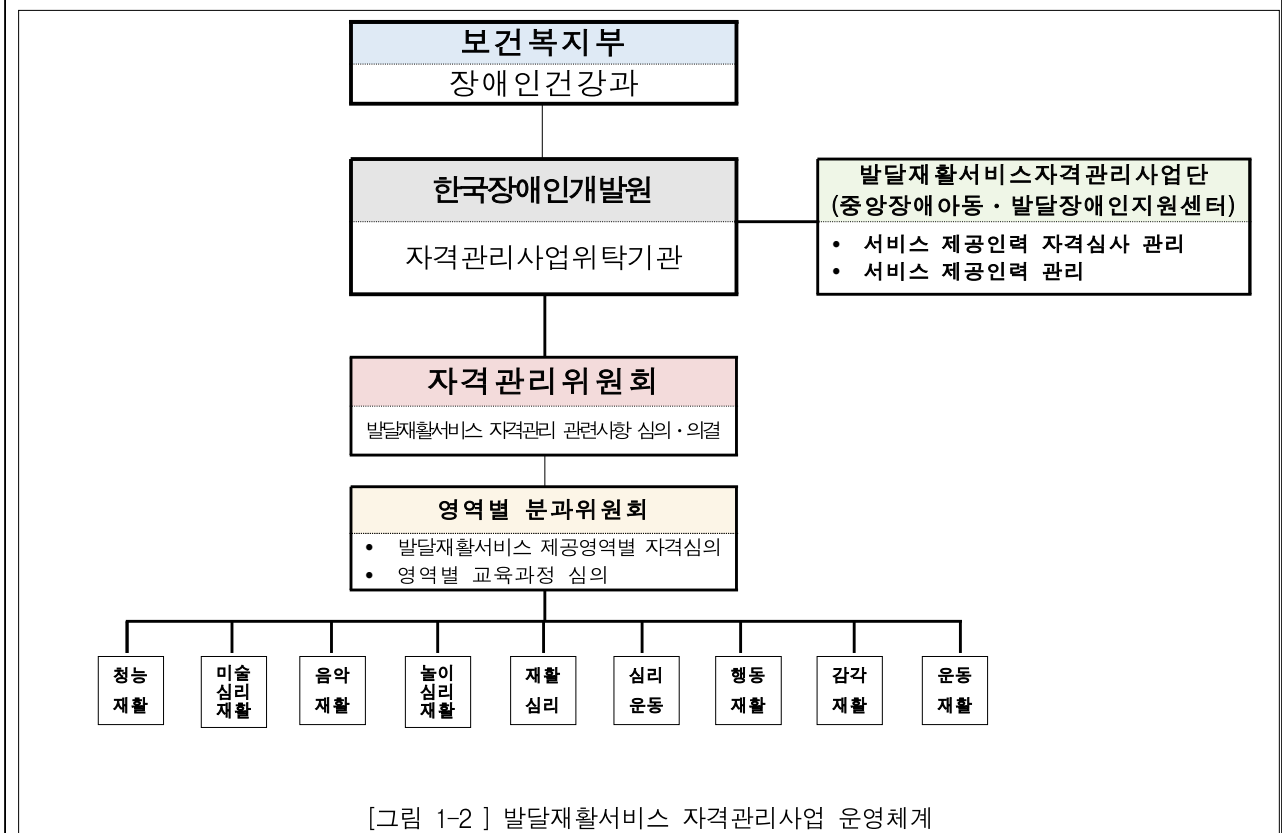
## 다. 자격관리 운영 체계

- 발달재활서비스 제공인력으로 활동하고자 하는 경우 이 고시에 규정된 관련 교과목 이수 후, 발달재활서비스 자격관리위원회의 심의를 거쳐 자격 인정을 받아야 활동 가능



## 라. 사업 추진 체계

- 보건복지부 고시 제2018-167 호 「발달재활서비스 제공 인력의 자격 및 인정 절차 기준」
  - 발달재활서비스 자격관리위원회의 구성 및 운영 (제10조)
  - 공공기관의 운영에 관한 법률 제4조에 따른 공공기관 자격관리 업무 위탁 (제11조)
- 보건복지부 고시 제2020-335호 「발달재활서비스 제공인력의 자격인정 절차 기준」 전부 개정  
발달재활서비스 제공인력의 체계적 자격관리를 위하여 자격관리 업무를 위탁할 수 있는 공공기관을 「장애인복지법」 제29조의2에 따라 설립한 한국장애인개발원으로 지정(제7조)



## 마. 자격관리위원회 및 분과위원회 구성 및 운영

○ 보건복지부 고시 제2020-335호 「발달재활서비스 제공 인력의 자격 및 인정 절차 기준」

－ 제7조(발달재활서비스 자격관리)

- ① 보건복지부장관은 발달재활서비스 자격 관리에 관한 업무를 「장애인복지법」 제29조의2에 따라 설립한 개발원에 위탁할 수 있다.
- ② 개발원은 제1항에 따른 자격관리의 효율적인 운영을 위하여 자격관리위원회를 구성·운영한다.
- ③ 자격관리위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.
  1. 제2조에 따른 발달재활서비스 적용 영역에 관한 사항
  2. 제4조제2항에 따른 유사 교과목 인정에 관한 사항
  3. 발달재활서비스 영역별 교육과정에 관한 사항
  4. 그 밖에 발달재활서비스 제공 인력 자격기준 운영에 관하여 필요한 사항
- ④ 그 밖에 자격관리에 관하여 필요한 사항은 개발원장이 따로 정한다.

○ 발달재활서비스 제공인력의 자격관리 운영지침 중 2023년 장애아동가족지원사업 안내(p198)

－ 12조(자격관리위원회의 구성 등)

가. 개발원은 고시 제7조 항에 따른 발달재활서비스 제공인력의 자격관리와 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 자격관리 위원회를 구성·운영한다.

나. 자격관리 위원회 위원은 당연직 위원과 위촉직 위원을 포함한 10명 이내로 구성한다.

다. 당연직위원은 보건복지부 장애인건강과장, 자격관리사업단장으로 한다.

라. 위촉직위원은 다음 각 호에 해당하는 사람 중에서 한국장애인개발원장이 위촉한다.

- (1) 대학 또는 연구기관에서 관련분야 조교수 이상 재직자
- (2) 관련 분야 5년 이상 경력이 있는 박사학위 소지자
- (3) 이용자(단체)대표, 제공인력(단체)대표
- (4) 분과위원회에서 추천한 자
- (5) 기타 위원회 위원장이 인정하는 자

마. 위원장은 위원 중에서 호선한다.

바. 당연직 위원의 임기는 해당 직무 수행 기간으로 하고, 위촉직 위원의 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.

사. 위원회 운영의 연속성을 위하여 새로운 위원의 임명은 재직위원 3분 1을 초과하지 않도록 한다.

아. 위원회 업무를 처리하기 위해 간사 1인을 두되, 간사는 제 2조에 따른 자격관리사업에 관한업무를 담당하는 사업단 팀장이 된다.

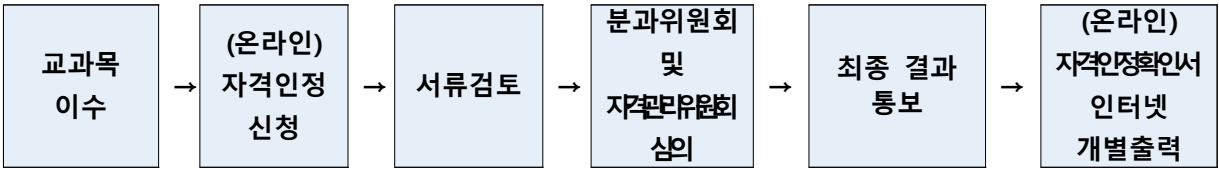
－ 20조(분과위원회 구성 및 운영)

가. 자격관리위원회의 기능을 효율적으로 수행하기 위하여 영역별 분과위원회를 둘 수 있다. 분과위원은 다음 각 호에 해당하는 사람 중에서 분과위원장 1인을 포함한 5인 이내로 구성하며 위원장이 위촉한다.

- (1) 대학 또는 연구기관에서 관련분야 조교수 이상 재직자
- (2) 관련 분야 5년 이상 경력이 있는 박사학위 소지자
- (3) 이용자(단체)대표, 제공인력(단체)대표
- (4) 기타 위원회 위원장이 인정하는 자

발달재활서비스 제공인력의 전문성을 강화하기 위해 「장애아동 복지지원법」 시행규칙 「별표1」 다목의 ‘발달재활서비스 제공 인력의 자격 및 인정절차 기준’개정(17.9.12 공포, 18.9.12 시행, 20.12.31 전부 개정)에 따라 보건복지부 장관이 고시하도록 위임한 자격 기준(이수 과목 등) 및 인정 절차 등 세부사항 제정

바. 자격인정 절차



[그림 1-3] 발달재활서비스 교과목 이수 자격인정 절차

## 제2장

# 발달재활서비스 제공인력 자격요건 안내

---





## 1. 대학 또는 이와 동등한 학교에서 영역별 교육과정을 이수한 경우

## □ 자격요건

- 공통영역 (공통필수 과목을 포함하여 최소 6학점 이상)과 전공영역 (영역별 전공필수 과목을 포함하여 최소 36학점 이상)을 충족한 자  
 - 총 14과목 42학점 이상 (한 과목당 3학점 기준)

## □ 제공영역별 법정교과목 이수과목

[표 2-1] 대학 또는 이와 동등한 학교 기준 제공영역별 이수과목 수

| 구분       | 공통 교육과정 이수과목<br>( 6학점 이상 ) | 전공 교육과정 이수과목<br>( 36학점 이상 ) |
|----------|----------------------------|-----------------------------|
| 감각발달재활영역 | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 4과목, 전공선택 8과목          |
| 놀이심리재활영역 | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 5과목, 전공선택 7과목          |
| 미술심리재활영역 | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 3과목, 전공선택 9과목          |
| 심리운동영역   | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 5과목, 전공선택 7과목          |
| 운동발달재활영역 | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 3과목, 전공선택 9과목          |
| 음악재활영역   | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 5과목, 전공선택 7과목          |
| 재활심리영역   | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 3과목, 전공선택 9과목          |
| 청능재활영역   | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 4과목, 전공선택 8과목          |
| 행동재활영역   | 공통필수 1과목, 공통선택 1과목         | 전공필수 3과목, 전공선택 9과목          |

\* 제공영역별 추가교육과정(실습) 자격기준을 충족해야함

- 제공영역별 실습 기준 및 실습확인서 양식은 제3장 참조

\*\* 해당 과목 이수는 동등교육과정 상의 성적증명서를 통해 증빙 가능해야함

## ※ 일부 과목을 듣지 못하고 졸업한 경우

- 「고등교육법」 제2조에 따른 학교(대학,산업대학,교육대학,전문대학,방송대학, 통신대학, 방송통신 대학 및 사이버대학) 또는 「학점인정등에관한법률」 제3조 제1항에 따라 평가인정을 받은 학습 과정을 설치·운영하는 교육훈련기관(대통령령으로 정하는 평생교육시설, 직업교육훈련기관 및 군의 교육·훈련시설)에서 부족한 과목과 학점 이수 후, 국가평생교육진흥원에 학점등록 후 신청 가능

## 2. 대학원에서 영역별 교육과정을 이수한 경우

### □ 자격요건

- 공통영역 (공통필수 과목을 포함하여 최소 3학점 이상)과 전공영역 (영역별 전공필수 과목을 포함하여 최소 18학점 이상)을 충족한 자  
- 총 7과목 21학점 이상 (한 과목당 3학점 기준)

### □ 제공영역별 법정교과목 이수과목

[표 2-2] 대학원 기준 제공영역별 법정교과목 이수과목 수

| 구분       | 공통 교육과정 이수과목<br>( 3학점 이상 ) | 전공 교육과정 이수과목<br>( 18학점 이상 ) |
|----------|----------------------------|-----------------------------|
| 감각발달재활영역 | 공통필수 1과목                   | 전공필수 4과목, 전공선택 2과목          |
| 놀이심리재활영역 | 공통필수 1과목                   | 전공필수 5과목, 전공선택 1과목          |
| 미술심리재활영역 | 공통필수 1과목                   | 전공필수 3과목, 전공선택 3과목          |
| 심리운동영역   | 공통필수 1과목                   | 전공필수 5과목, 전공선택 1과목          |
| 운동발달재활영역 | 공통필수 1과목                   | 전공필수 3과목, 전공선택 3과목          |
| 음악재활영역   | 공통필수 1과목                   | 전공필수 5과목, 전공선택 1과목          |
| 재활심리영역   | 공통필수 1과목                   | 전공필수 3과목, 전공선택 3과목          |
| 청능재활영역   | 공통필수 1과목                   | 전공필수 4과목, 전공선택 2과목          |
| 행동재활영역   | 공통필수 1과목                   | 전공필수 3과목, 전공선택 3과목          |

\* 제공영역별 추가교육과정(실습) 자격기준을 충족해야함

- 제공영역별 실습 기준 및 실습확인서 양식은 제3장 참조

\*\* 해당 과목 이수는 동등교육과정 상의 성적증명서를 통해 증빙 가능해야함

\*\*\* 2021년 9월 11일까지 운영된 대학원장 명의의 연수과정을 자격관리위원회로부터 인정받은 경우에만  
한하여 교과목 수료증을 통해 인정 가능

### ※ 일부 과목을 듣지 못하고 졸업한 경우

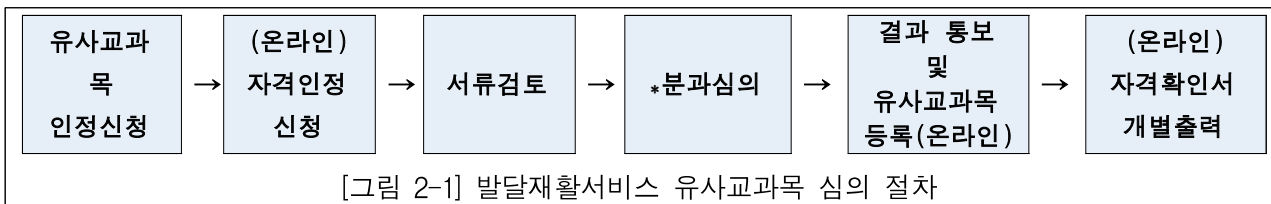
- 대학원에서 이수한 과목을 기준으로 신청할 경우, 「고등교육법」 제29조의2 및 제30조에 따른 대학원(일반대학원, 전문대학원, 특수대학원 등)에서 부족한 과목과 학점 이수 요망
  - 「고등교육법」 제29조의2 및 제30조에 따른 대학원의 종류
    - 가. 대학의 일반대학원·전문대학원 또는 특수대학원
    - 나. 산업대학 및 교육대학의 전문대학원 또는 특수대학원
    - 다. 원격대학(사이버대학, 방송통신대학 등)의 특수대학원
    - 라. 대학원대학(대학원만을 두는 대학)의 전문대학원 또는 특수대학원

### 3. 유사교과목 심의 안내

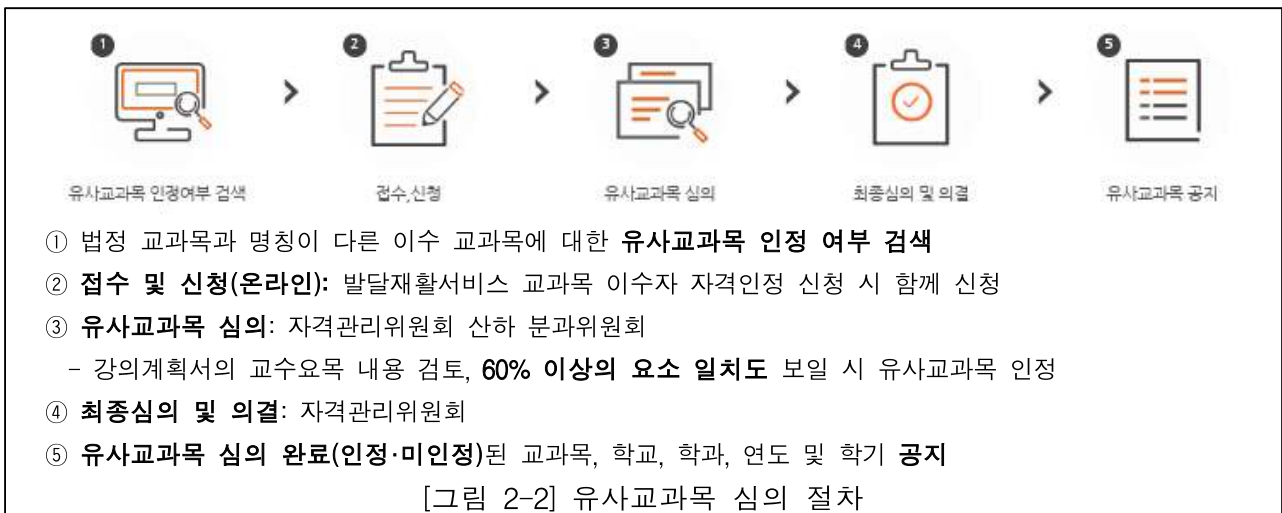
#### 가. 유사교과목 심의란?

- 유사교과목 심의는 제공영역에 이수해야하는 과목의 명칭이 동일하지 아니하나, 교과목의 내용이 동일 또는 유사하여 그 이수여부를 인정받고자 하는 경우 신청
- 유사교과목 심의는 발달재활서비스 교과목 이수 자격인정 신청 시 동시 진행
- ※ 법정교과목의 교수요목(내용)은 '홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > [교육과정] 발달재활서비스 영역별 최종교육과정(법정교과목 교수요목/수정)' 게시물을 통해 확인 가능

#### 나. 유사교과목 심의 절차



※ 유사교과목 심의는 1차 서류 검토 시 신청자의 서류검토 결과 미인정 될 경우 진행 되지 않으며 2차 심의대상자에 한해 진행됨

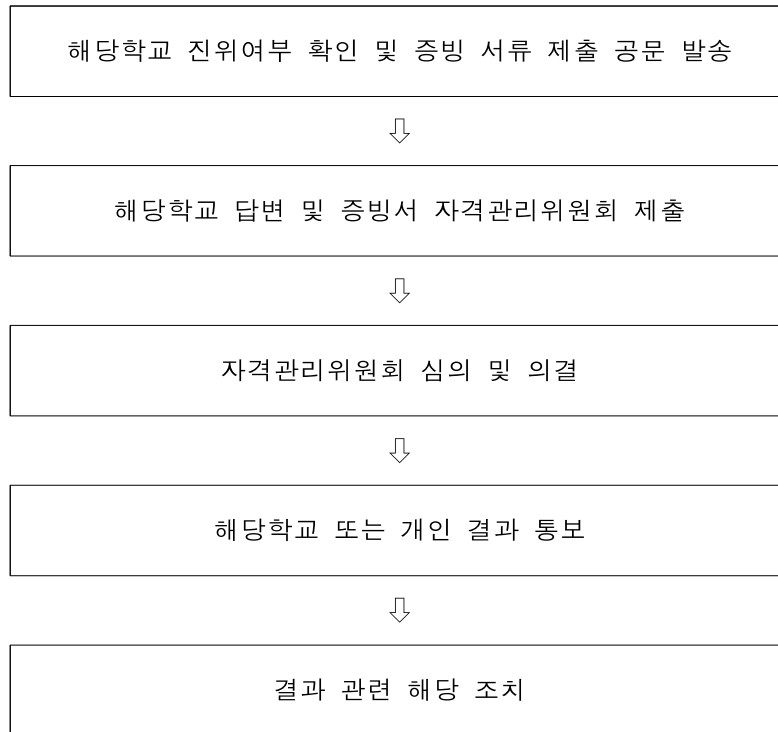


#### 다. 유사교과목 인정 기준

- 유사교과목 심의대상
  - 신청 영역의 법정 교과목 이수 기준을 충족하여 발달재활서비스 자격인정 신청이 가능한 자  
: ex. 자격인정 신청 시 1과목만 신청한 경우, 과목 이수 기준 미충족으로 유사교과목 인정여부 확인불가
- 강의계획서의 주별 강의 내용이 법정교과목 개요 기본 영역의 60% 이상을 포함할 시 인정
  - 13주차 중 8주차 이상 충족
- 강의계획서 주차별 내용이 최종 교육과정 내용과 동일하지 않는 경우
  - 교과목 목적, 주요 요소들을 포함하고 있거나 교재의 목차, 기타 증빙 자료 등의 내용으로 해당 내용의 강의 진행을 서류로 증빙한 경우 심의를 통해 인정할 수 있음

## 라. 유사교과목 심의 관련 제출서류 진위여부 확인

- 유사교과목 심의 시 제출한 서류에 대한 진위여부 확인이 필요한 경우 다음과 같은 절차로 진위 여부 확인



[그림 2-3] 진위여부 확인 및 조치 절차

## 4. 과목별 학점 및 이수 기준

### 가. 「발달재활서비스 자격 인정 및 절차 기준」

- 위 기준에 의거하여, 고시된 법정교육과정의 이수과목은 3학점 기준임

#### ○ 대학 또는 이와 동등한 교육과정의 경우

- 공통과목의 경우, ‘장애아동의 이해’ 과목을 포함하여 **공통선택 과목에서 부족한 학점 이수, 6학점 이상 이수**
- 전공과목의 경우 영역별 전공필수 과목을 포함하여 **전공선택 과목에서 부족한 학점 이수, 36학점 이상 이수**

#### ○ 대학원 교육과정의 경우

- 공통과목의 경우, ‘장애아동의 이해’ 과목을 포함하여 1과목 이상, 3학점 이상 이수  
※ ‘장애아동의 이해’ 과목이 2학점 인 경우 **공통선택 과목에서 부족한 학점 이수, 3학점 이상 이수**
- 전공과목의 경우, 영역별 전공필수 과목을 포함하여 **전공선택 과목에서 부족한 학점 이수, 18학점 이상 이수**

#### ※ 이수과목이 3학점이 아닌 경우

- ① 공통 필수 및 선택 과목은 공통과목 영역, ② 전공필수 및 선택과목은 전공과목에서 각 영역에서 이수과목을 추가하여 기준 학점을 충족해야함

### 나. 학점의 인정 여부

#### 1) 교차인정 불가

- ‘대학 또는 이와 동등한 학교’ 에서 이수한 과목과 ‘대학원’ 에서 이수한 과목을 함께 인정 받을 수 없음

#### 2) 전환교육 수료 교과목 인정 불가

- 신청 영역의 이수 기준에 충족하지 못한 경우, 이수하지 못한 법정교과목을 “전환 교육과정” 수료를 통해 채울 수 없음

#### 3) 제공영역별 실습 충족 여부

- 제공영역별 실습 관련 교과목을 이수해야하며 실습만으로 학점으로 인정 받을 수 없음

#### 4) 편입자 교과목 이수 인정 방안

- 편입 전 이수한 교과목에 대하여 편입한 대학에서 학점을 인정할 경우 인정 가능  
※ 이 경우, 편입학교 성적증명서와 함께 편입 전 학교 성적증명서 제출 필수

#### 5) 외국대학졸업자 학점 인정 방안

#### ○ 제출서류

- 대사관을 통해 성적증명서, 최종학력증명서 등의 학력인정 확인서(아포스티유 등)를 확인받아 번역본(공증은 받지 않아도 됨)과 함께 제출해야 하며, 서류를 6개월 이내(신청일 기준) 발급 받은 경우 인정

#### ○ 강의계획서 제출 시 유의사항

- 공증없이 원본과 우리말로 번역한 번역본과 함께 제출 요망

※ 아포스티유 확인: 한 국가의 문서가 다른 국가에서 인정 받기 위해 문서의 국외 사용 확인을 받는 절차로, 해당 국가의 정부 기관에 방문하여 학교에서 발행하는 재학증명서, 성적증명서 등에 확인을 받는 방식임

## 5. 제공영역별 법정교과목 이수 상세 과목

### 가. 공통 교육과정 이수 과목

| 공통필수(1)        | 공통선택(10)                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ 장애아동의 이해(필수) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 아동발달</li> <li>○ 장애아동 부모교육 및 상담</li> <li>○ 상담심리학</li> <li>○ 심리학개론</li> <li>○ 윤리와 철학(재활사 윤리)</li> <li>○ 재활행정과 정책</li> <li>○ 장애아동 진단 및 평가</li> <li>○ 안전관리와 응급처치</li> <li>○ 장애인 복지론</li> <li>○ 신경과학개론</li> </ul> |

### 나. 전공 교육과정 이수 과목

| 1. 감각발달재활                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(4)                                                                                                                 | 전공선택(17)                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 감각재활현장실습</li> <li>○ 감각처리장애와 중재</li> <li>○ 신경과학</li> <li>○ 아동검사 및 평가</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일상생활활동</li> <li>○ 활동분석</li> <li>○ 아동의 활동과 중재</li> <li>○ 정신건강개론</li> <li>○ 해부학</li> <li>○ 지역사회재활</li> <li>○ 정신건강임상학</li> <li>○ 감각과 인지재활</li> <li>○ 운동재활(학)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 보조공학</li> <li>○ 장애관련 법규 및 윤리</li> <li>○ 감각운동평가</li> <li>○ 생리학</li> <li>○ 재활학</li> <li>○ 심리학의 이해</li> <li>○ 장애아동부모교육 및 상담</li> <li>○ 연구방법론</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                                      | 장애아동 및 청소년 대상 총 160시간 이상                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                               |

| 2. 놀이심리재활                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(5)                                                                                                                                              | 전공선택(30)                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 놀이치료</li> <li>○ 발달정신병리학</li> <li>○ 발달진단 및 심리평가</li> <li>○ 놀이치료 관찰 및 실습</li> <li>○ 놀이치료 실습 및 슈퍼비전</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 아동중심놀이치료</li> <li>○ 발달놀이치료</li> <li>○ 생태학적놀이치료</li> <li>○ 인지행동놀이치료</li> <li>○ 정신분석적놀이치료</li> <li>○ 모래놀이치료</li> <li>○ 게임놀이치료</li> <li>○ 부모자녀놀이치료</li> <li>○ 치료놀이</li> <li>○ 집단상담</li> <li>○ 아동상담</li> <li>○ 청소년상담</li> <li>○ 발달심리</li> <li>○ 사회정서발달</li> <li>○ 인지발달</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신경심리</li> <li>○ 성격심리</li> <li>○ 임상심리</li> <li>○ 상담심리</li> <li>○ 심리학개론</li> <li>○ 아동심리치료</li> <li>○ 특수아동치료</li> <li>○ 가족상담</li> <li>○ 부모교육 및 상담</li> <li>○ 특수아부모교육</li> <li>○ 아동권리 및 복지</li> <li>○ 응용행동분석</li> <li>○ 정신건강</li> <li>○ 아동생활지도</li> <li>○ 연구방법론</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                                                                   | 총 140시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 <관찰실습> 40시간 이상,<br><1:1 개별임상실습> 40시간 포함                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 3. 미술심리재활                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(3)                                                                                             | 전공선택(21)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 미술치료학개론</li> <li>○ 장애아동미술재활</li> <li>○ 미술재활현장실습</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 유아동미술치료</li> <li>○ 청소년미술치료</li> <li>○ 가족미술치료</li> <li>○ 집단미술치료</li> <li>○ 미술표현기법</li> <li>○ 창의적미술치료</li> <li>○ 미술치료연구방법</li> <li>○ 색채심리학</li> <li>○ 미술치료사례연구</li> <li>○ 매체연구및실습</li> <li>○ 미술재활세미나</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 임상실습및슈퍼비전 I</li> <li>○ 임상실습및슈퍼비전 II</li> <li>○ 미술심리학</li> <li>○ 미술심리진단평가</li> <li>○ 아동미술교육</li> <li>○ 미술재활프로그램개발및평가</li> <li>○ 이상심리학</li> <li>○ 아동발달</li> <li>○ 부모교육 및 상담</li> <li>○ 미술심리상담사윤리</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                  | 총 100시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 4. 심리운동                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(5)                                                                                                                                           | 전공선택(23)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 심리운동 신체경험</li> <li>○ 심리운동 물질경험</li> <li>○ 심리운동 사회경험</li> <li>○ 심리운동 현장적용</li> <li>○ 심리운동 현장실습</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 심리운동학개론</li> <li>○ 생활세계와 심리운동</li> <li>○ 심리운동 공간구성</li> <li>○ 전이를 위한 심리운동 지원</li> <li>○ 심리운동관찰 진단과 평가</li> <li>○ 트람폴린</li> <li>○ 수중심리운동</li> <li>○ 심리운동과 이완</li> <li>○ 언어 및 의사소통</li> <li>○ 심리운동 지원</li> <li>○ 심리운동과 학교폭력 예방</li> <li>○ 영유아 심리운동</li> <li>○ ADHD 아동 심리운동</li> <li>○ 감각과 지각</li> <li>○ 정신의학</li> <li>○ 장애아 가족지원</li> <li>○ 운동생리학</li> <li>○ 특수체육개론</li> <li>○ 발달장애아심리운동</li> <li>○ 인체해부학</li> <li>○ 숲 심리운동</li> <li>○ 승마심리운동</li> <li>○ 유아운동론</li> <li>○ 응급처치 및 심폐소생술</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                                                                | 장애아동 및 청소년 대상 총 40시간 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 5. 운동발달재활                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(3)                                                                                                          | 전공선택(20)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 아동운동 재활학</li> <li>○ 아동재활 현장실무</li> <li>○ 운동치료학<br/>(치료적 운동학)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 생리학</li> <li>○ 기능해부학</li> <li>○ 임상운동학</li> <li>○ 신경 측정 및 평가</li> <li>○ 근골격 측정 및 평가</li> <li>○ 신경재활운동학</li> <li>○ 근골격재활운동학</li> <li>○ 운동생리학</li> <li>○ 부모교육 및 상담</li> <li>○ 장애아동진단및평가</li> <li>○ 운동조절학</li> <li>○ 공중보건학</li> <li>○ 보건복지법규</li> <li>○ 심폐재활학</li> <li>○ 의지보조기학</li> <li>○ 수중운동학</li> <li>○ 기능훈련</li> <li>○ 해부학</li> <li>○ 발달심리</li> <li>○ 지역사회재활</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                               | 장애아동 및 청소년 대상 총 40시간 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



| 6. 음악재활                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(5)                                                                                                                               | 전공선택(16)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 음악재활기술</li> <li>○ 특수아동음악재활</li> <li>○ 음악재활실습</li> <li>○ 음악재활실습</li> <li>○ 음악재활인턴십</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 음악심리학</li> <li>○ 인간행동과음악</li> <li>○ 음악재활개론</li> <li>○ 음악재활철학</li> <li>○ 음악재활진단과 평가</li> <li>○ 음악재활연구방법</li> <li>○ 집단음악재활</li> <li>○ 음악재활세미나</li> <li>○ 성인음악재활</li> <li>○ 즉흥연주</li> <li>○ 고급즉흥연주</li> <li>○ 음악재활사례연구</li> <li>○ 의료현장음악재활</li> <li>○ 음악심리재활</li> <li>○ 가족음악재활</li> <li>○ 음악재활임상기법</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                                                    | 총 720시간 이상, 단 실습 I(40시간), 실습 II(40시간), 그리고 인턴십(640시간) 중, 장애아동 및 청소년 대상의 실습이 최소 40시간 이상 포함                                                                                                                                                                                                                                                           |

| 7. 재활심리                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(3)                                                                                              | 전공선택(17)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재활심리현장실습</li> <li>○ 재활상담</li> <li>○ 장애아동청소년 심리재활</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 심리진단및평가</li> <li>○ 발달정신병리학</li> <li>○ 이상심리학</li> <li>○ 집단심리재활이론및실습</li> <li>○ 학습심리학</li> <li>○ 성격심리학</li> <li>○ 긍정심리재활</li> <li>○ 행동수정</li> <li>○ 심리사회기술훈련및실습</li> <li>○ 신경심리평가및재활</li> <li>○ 재활심리세미나</li> <li>○ 재활심리사례연구법</li> <li>○ 지역사회심리재활</li> <li>○ 재활심리연구방법론</li> <li>○ 심리학의 이해</li> <li>○ 상담심리학</li> <li>○ 재활심리학</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                   | 총 120시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 8. 청능재활                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(4)                                                                                                         | 전공선택(15)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 아동청각학</li> <li>○ 청능재활</li> <li>○ 청능재활실습</li> <li>○ 청성유발전위평가</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 행동청능평가</li> <li>○ 행동청능평가실습</li> <li>○ 청성유발전위평가실습</li> <li>○ 보청기평가및적합</li> <li>○ 보청기평가및적합실습</li> <li>○ 인공와우평가및적합</li> <li>○ 인공와우평가및적합실습</li> <li>○ 청각보조기기</li> <li>○ 청각학개론</li> <li>○ 청각해부생리학</li> <li>○ 교육청각학</li> <li>○ 심리음향학</li> <li>○ 중추청각처리장애평가및재활</li> <li>○ 의사소통장애개론</li> <li>○ 수화</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                              | 장애아동 및 청소년 대상 총 40시간 이상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| 9. 행동재활                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 전공필수(3)                                                                                                 | 전공선택(27)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 행동재활현장실습</li> <li>○ 응용행동분석개론</li> <li>○ 행동장애진단 및 평가</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 이상심리학</li> <li>○ 행동재활윤리및철학</li> <li>○ 행동장애상담</li> <li>○ 행동관찰및측정</li> <li>○ 행동기능평가</li> <li>○ 언어행동분석</li> <li>○ 응용행동분석기법</li> <li>○ 행동재활프로그램개발</li> <li>○ 행동재활연구방법론</li> <li>○ 긍정적인행동지원</li> <li>○ 집단행동지원</li> <li>○ 행동장애학교지원</li> <li>○ 인지행동지원</li> <li>○ 보완대체의사소통지원</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일상생활행동지원</li> <li>○ 자폐스펙트럼장애행동지원</li> <li>○ 정서및행동장애행동지원</li> <li>○ 주의력결핍과잉행동장애행동지원</li> <li>○ 지적장애행동지원</li> <li>○ 경도장애행동지원</li> <li>○ 중증및중복장애행동지원</li> <li>○ 아동발달</li> <li>○ 심리학개론</li> <li>○ 상담심리학</li> <li>○ 행동재활세미나</li> <li>○ 행동재활사례연구</li> <li>○ 행동재활슈퍼비전</li> </ul> |
| ※ 추가교육과정<br>(현장실습)                                                                                      | 총 120시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 제3장

# 발달재활서비스 제공인력 현장실습 안내

---



## 1. 공통현장실습 기준 안내

### 가. 실습 대상

- 장애인복지법상의 등록 장애아동
- 장애아동복지지원법의 발달재활서비스 대상아동
- 특수교육 대상자 등

### 나. 실습기관 기준

- 발달재활서비스 9개 영역별 기준에 따름
- 발달재활서비스 영역별 기준에 따르나 단, 발달재활서비스 대상으로 명시된 장애아동들의 서비스 이용 기관에서의 실습 진행 요망

### 다. 실습의 내용

- 발달재활서비스 대상 장애아동을 대상으로 해당 영역에서의 실무
- 발달재활서비스 9개 영역별 기준 적용

### 라. 실습지도교수 기준

- 석사학위 소지자로서 관련 분야 경력 10년 이상의 경험이 있는 자
  - 현장 실무경험이 풍부한 실습지도 전임교수가 실습 지도를 담당하도록 권장함

### 마. 현장 실습지도자의 자격

- ① 장애아동 재활 관련 학위 또는 경력을 가진 자로서 전문학사/ 학사 졸업자의 경우  
5년 이상의 경력자
- ② 장애아동 재활 관련 학위 또는 경력을 가진 자로서 석사/박사 졸업자의 경우  
3년 이상의 경력자

### 바. 실습 시 유의사항

- 자격인정 신청 시 발달재활서비스 제공영역별에서 제시한 해당 영역의 실습확인서 양식 제출(별도 양식 미인정)
  - \* 실습확인서 공통기재 사항: 장애아동에 대한 실습의 내용, 시간, 기관명(실습기관으로서의 적절성 확인)등 반드시 포함
- 실습확인서 재발급 시 확인날짜는 재발급 받은 날짜로 작성

- 기관폐쇄로 인한 실습확인서 재발급이 제한될 경우 학교(교육기관)측이 소장한 원본이 있는지 확인하며 그 사본을 원본대조필 받아 제출(원본대조필은 사본 제출에 대한 사유, 해당 사무 담당자 성명과 연락처, 학과장 직인이 모두 있어야함)
- 실습지도자나 실습지도교수의 부재(사망, 퇴사 등)로 인한 서명 확인 불가능 시 실제 지도 받은 이의 성함을 명시하고 성명한 다음 각 호에 따라 대리 서명

#### ○ 실습지도자 부재 시

- 기관대표자 또는 현행 실습지도자가 대리 서명하고, 대리 서명한 곳 옆에 대리 서명 사유를 자필로 명시한 뒤 서명자 이름과 함께 서명자 개인도장 날인

#### ○ 실습 지도교수 부재 시

- 학과장이 대리 서명하고, 대리 서명한 곳 옆에 대리 서명 사유를 자필로 명시한 뒤 학과장 직인(개인도장 인정 불가) 날인

- 실습확인서는 반드시 원본을 제출해야하며 실습지도자, 실습기관, 실습지도교수 서명은 모두 확인되어야 함(복사하거나 스캔 받아 인쇄한 서류 등은 인정하지 않으며 사본 제출 시 다음 각 호에 따라 원본대조필 확인을 받은 것만 인정)
- 실습의 미인정
  - 해외에서의 현장실습 인정 불가
  - 자원봉사 활동이나 단순 방문 등은 현장실습에 포함되지 않으며, 실습생이 실습 기관을 출석하지 않고 알선업체를 통한 허위실습을 하거나 인터넷 등을 통한 실습 인정 불가
  - 현장실습생은 ‘학생’ 신분이어야 하며, 원칙적으로 ‘근로자’가 아니어야 함
  - 발달재활서비스 영역별 현장실습은 해당 교과목의 성적 산출 및 학점 부여 이전에 종료하여야 함(교육과정 이수 시기의 실습만 인정되며, **졸업 후 실시된 실습은 불인정**)
  - 실습에 대한 관리는 학교의 역할로, 발달재활서비스 영역별 실습기준을 참고하여 학교와의 협의를 통해 실습 요망
- 실습확인서 대체 방안

#### ○ 경력증명서 제출

- 「발달재활서비스 제공인력 자격 및 인정 절차 기준」(고시)(18.9.12.) 시행 이전, 발달재활서비스 제공 기관에서 관련 경력이 6개월 이상 있는 경우 <경력증명서>로 제출 가능  
※ 상세내용은 홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > 실습확인서 대체방안 제출방법 게시물 참고

#### • 발달재활서비스 제공영역별 간접실습 기준

- 코로나로 인한 2022년 2학기까지 진행되는 실습 운영에 한하여 인정 가능  
※ ‘실습확인서, 실습공문, 강의계획서(실습 운영계획서), 코로나19에 따른 실습운영지침’에 따른 서류 제출 필수
- 상세내용은 홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > 발달재활서비스 제공영역별 간접실습 기준 안내 게시물 참고

## 2. 제공영역별 현장실습 기준 및 실습확인서 양식

- 제공영역별 실습확인서 양식은 ‘홈페이지 > 인정기준 > 영역별 제공인력 자격기준’에서 다운로드 가능
- 발달재활서비스 제공인력 신청 시 현행 고시 기준에 따른 학과목 이수 기준(대학 14과목 42학점, 대학원 7과목 21학점)을 충족시켜야 하며 각 제공영역별 전공필수 과목에 속한 실습 관련 과목을 이수해야 함

### 가. 감각발달재활

#### ○ 현장실습 기준

- 현장실습 교육 과정을 통하여 감각발달재활 제공인력으로서의 기본 소양 및 습득한 이론 지식을 실제 임상에 적용해야함
- 실습 시간 및 방법은 **장애아동 및 청소년 대상 총 160시간**
- 현장실습과 관련하여 <감각발달재활 현장 실습확인서> 제출 시 법정교과목명과 이수한 교과목명이 동일하더라도 반드시 감각재활현장실습 강의계획서를 제출해야함

#### ○ 감각발달재활 현장실습확인서 제출 시

- 실습확인서 첨부란에 ‘감각재활현장실습 과목 강의계획서 + 실습확인서’2개 첨부 요망

#### ○ 학과장 대체 양식 첨부 시

- 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 불가하여 학과로부터 확인 받는 경우 해당
- 임상실습 관련 공문, 실습평가서를 반드시 제출해야함
- 첨부서류를 모두 제출할 수 없거나 한 가지 서류만 제출 가능한 경우 실습내용을 최대한 증명할 수 있는 서류를 제출해야함
- 해당 서류에 대한 인정여부는 제공영역의 분과위원회 판단 사항임
- 유사교과목 인정 과목으로 조회되는 경우 강의계획서 제출하지 않아도 됨

#### ○ 강의계획서 첨부 시

- 강의계획서 상 원본대조필 필수(직인, 발급자, 발급처, 담당자연락처 기입)

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인

| 감각발달재활 현장실습확인서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                   |               |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------|---------------|------------------|
| 실 습 생<br>인적사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 학교/학과명        |                                                   |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 성        명    |                                                   | 생   년   월   일 | ※'주민등록번호' 앞자리 6개 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 휴   대   전   화 |                                                   |               |                  |
| 실습기관<br>관리요소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 실습기관명         |                                                   |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실습기관등록번호      | ※ 사업자등록번호 등                                       |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 주        소    | ※'도로명 주소'로 기입해 주세요.                               |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 전화번호          |                                                   |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실 습 기 간       | 년   월   일 부터                  년   월   일 까지 (총__주) |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실 습 시 간       | 총 _____시간 (주 40시간/주__주)                           |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실 습 대 상       | ※ '장애아동 및 청소년' 으로 기입해 주세요                         |               |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실습지도자명        |                                                   |               |                  |
| <p>위와 같이 실습 내용을 확인합니다.</p> <p style="margin-top: 20px;">년                  월                  일</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> <p>실습지도자:</p> <p>실 습 기 관:</p> <p style="margin-top: 20px;">실습지도교수(또는 학과장):</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>(서명 또는 인)</p> <p>( 직 인 )</p> <p style="margin-top: 20px;">(서명 또는 인)</p> </div> </div> |               |                                                   |               |                  |

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 가능한 경우





## 나. 놀이심리재활

### ○ 현장실습 기준

- 놀이심리재활 실습 내용은 <관찰실습>과 <1:1 개별임상실습>으로 나누어 실시
- <관찰실습>은 임상현장에서 요구되는 다양한 장애아동 사례를 경험하고 놀이심리재활 관찰 실습을 통해 놀이심리재활사로서 소양을 갖춘 전문가를 양성함
- <1:1 개별임상 실습>은 임상현장에서 요구되는 장애아동의 사례를 경험하고 1:1 개별임상 실습을 통해 놀이심리재활 서비스 제공인력을 양성함
- 실습 시간은 **총 140시간\***이며, 이중 **장애아동**에 대한 **<관찰실습> 40시간 이상, <1:1 개별임상실습> 40시간 이상**을 반드시 포함
- ※ 장애아동 대상 실습시간은 140시간 중, 최소 80시간 이상 반드시 실시

### ○ <관찰실습> 확인서 작성 시

- 전공필수 과목 <놀이치료 관찰 및 실습>에 이루어진 관찰과 교육시간 최대 39시간 인정 가능
- 3학점으로 15주차 운영 시 39시간, 2학점으로 15주차 운영 시 26시간 인정
- 기관명 명칭을 명확하게 작성요망(○○대학교/센터 ○○실습실)

### ○ <1:1 개별임상 실습> 확인서 작성 시

- 장애아동에 대한 <1:1 개별임상 실습> 40시간 안에는 10회기 이상 진행된 사례가 최소 2사례 이상 반드시 포함되어야 함
- 기관명 명칭을 명확하게 작성요망(○○대학교/센터 ○○실습실)

### ○ 놀이심리재활 실습담당자 및 실습지도교수 자격기준

| 구분       | 관찰실습                                                                                               | 1:1 개별임상실습                                                             |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 실습담당자    | ① 놀이심리재활 관련 <b>학사 학위 소지자로서 임상 경력이 5년 이상</b> 인 자<br>② 놀이심리재활 관련 <b>석사 학위 소지자로서 임상 경력이 3년 이상</b> 인 자 | 놀이심리재활 <b>관련 석사 학위 이상 소지자로서 놀이심리재활 임상경력 10년 이상 및 임상사례 지도 경력</b> 이 있는 자 |
| (실습)담당교수 | 놀이심리재활 <b>관련 석사 학위 이상 소지자로서 놀이심리재활 임상경력 10년 이상 및 임상사례 지도경력</b> 이 있는 자                              |                                                                        |

※ 발달재활서비스 현장실습 공통기준에 의거하여 기존에 민간자격증을 통한 실습지도자의 임상사례지도 자격여부는 이에 준하는 학력과 경력사항으로 변경

### ○ 놀이심리재활 실습확인서 예시

- 홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > [교과목 이수자] 놀이심리재활영역 실습확인서 작성 안내' 게시물 참조

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인

| 놀이심리재활 관찰실습 확인서                                             |                                                      |             |        |           |                  |     |                                               |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------|------------------|-----|-----------------------------------------------|
| 실 습 생<br>인적사항                                               | 성 명                                                  |             |        | 생 년 월 일   | ※'주민등록번호' 앞자리 6개 |     |                                               |
|                                                             | 연 락 처                                                | (H. P.)     |        |           |                  |     |                                               |
|                                                             | 학 교 명                                                |             |        | 학 과 (전 공) |                  |     |                                               |
| 실습 기간                                                       | 년 월 일 부터 년 월 일 까지                                    |             |        |           |                  |     |                                               |
| 실습 내용                                                       | 초기부모면접, 심리평가, 놀이치료, 부모상담, 윤리교육, 사례발표 참석 등에 대한 내용을 포함 |             |        |           |                  |     |                                               |
| 실습 내용                                                       | 장애아동 대상 관찰실습 (40시간 이상)                               |             |        |           |                  |     |                                               |
|                                                             | 기관명                                                  | 사업자<br>등록번호 | 기관 연락처 |           | 기간 및 시간          |     | 실습담당자<br>(놀이심리재활영역 자격증)                       |
|                                                             | ○○대학교<br>○○실습실                                       |             | 전화:    |           | 기간:              |     | 이름: 김놀이 (서명/인)                                |
|                                                             |                                                      |             | 주소:    |           | 시간:              |     | 자격증명칭 및 자격번호<br>예) 놀이심리상담사 1급<br>놀이 2023-0945 |
|                                                             |                                                      |             |        |           |                  |     | 발급처: 한국놀이학회                                   |
|                                                             |                                                      |             | 전화:    |           | 기간:              |     | 이름: (서명/인)                                    |
|                                                             |                                                      |             | 주소:    |           | 시간:              |     | 자격증명칭 및 자격번호                                  |
|                                                             |                                                      |             |        |           |                  |     | 발급처:                                          |
|                                                             |                                                      |             | 전화:    |           | 기간:              |     | 이름: (서명/인)                                    |
|                                                             |                                                      |             | 주소:    |           | 시간:              |     | 자격증명칭 및 자격번호                                  |
|                                                             |                                                      |             |        |           | 발급처:             |     |                                               |
| 총시간                                                         |                                                      |             |        |           |                  |     |                                               |
| 담당 교수<br>(슈퍼바이저)                                            |                                                      | 자격증명        |        | 자격증번호     |                  | 발급처 |                                               |
| 위와 같이 실습 내용을 확인합니다.<br>년 월 일<br>학과장 / 실습지도 담당교수 : (서명 또는 인) |                                                      |             |        |           |                  |     |                                               |

- 관찰실습 시간(40시간 이상)에는 '놀이치료 관찰 및 실습' 과목에서 실시한 관찰 및 교육 시간이 포함됨.
- 수업으로 진행된 실습시간의 경우, 실습기관명은 학교, 실습담당자는 수업 담당 교수임.
- 실습담당자는 실습기준에 제시된 "II. 관찰실습 실습담당자 자격기준"에 부합한 자이어야 함.
- 관찰실습 기관명에는 실습장소를 정확히 기재해야 함. 예> \*\*대학교 \*\*학과 (X) \*\*대학교 놀이치료실 (O)

| 놀이심리재활 1:1 개별 임상실습 확인서       |                               |             |        |           |                                    |                                              |  |
|------------------------------|-------------------------------|-------------|--------|-----------|------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| 실 습 생<br>인적사항                | 성 명                           |             |        | 생 년 월 일   | ※'주민등록번호' 앞자리 6개                   |                                              |  |
|                              | 연 락 처                         | (H. P.)     |        |           |                                    |                                              |  |
|                              | 학 교 명                         |             |        | 학 과 (전 공) |                                    |                                              |  |
| 실습 내용                        | 장애아동 대상 1:1 개별 임상실습 (40시간 이상) |             |        |           |                                    |                                              |  |
|                              | 기관명                           | 사업자<br>등록번호 | 기관 연락처 |           | 기간 및 시간                            | 실습담당자                                        |  |
|                              | ○○대학교<br>○○실습실                |             | 전화:    |           | 기간:                                | 이름: (서명/인)                                   |  |
|                              |                               |             | 주소:    |           | 시간:<br>1) 1사례 00시간*<br>2) 1사례 00시간 | 자격증명청 및 자격번호<br>예) 놀이심리상담사 1급<br>놀이2022-0945 |  |
|                              |                               |             |        |           |                                    | 발급처:한국놀이학회                                   |  |
|                              |                               |             | 전화:    |           | 기간:                                | 이름: (서명/인)                                   |  |
|                              |                               |             | 주소:    |           | 시간:                                | 자격증명청 및 자격번호                                 |  |
|                              |                               |             |        |           |                                    | 발급처:                                         |  |
|                              |                               |             | 전화:    |           | 기간:                                | 이름: (서명/인)                                   |  |
|                              |                               |             | 주소:    |           | 시간:                                | 자격증명청 및 자격번호                                 |  |
| 발급처:                         |                               |             |        |           |                                    |                                              |  |
| 총시간                          |                               |             |        |           |                                    |                                              |  |
| 담당 교수                        |                               | 자격증명        |        | 자격증번호     |                                    | 발급처                                          |  |
| 위와 같이 실습 내용을 확인합니다.<br>년 월 일 |                               |             |        |           |                                    |                                              |  |
| 학과장 / 실습지도 담당교수 :            |                               |             |        | (서명 또는 인) |                                    |                                              |  |

- 1:1 개별 임상 실습 시간(40시간 이상)에는 '놀이치료 실습 및 슈퍼비전' 과목에서 실시한 1:1 개별 임상실습의 사례 시간 수가 포함됨. \* (반드시 10회기 이상 진행된 사례가 최소 2사례 이상 포함되어야 하며, 각 사례별 임상시간 필수 기재)
- 1:1 임상실습은 반드시 무료 상담으로 진행되어야 함.
- 실습담당자는 실습기준에 제시된 "I. 놀이심리재활 영역 임상실습 및 관찰실습 슈퍼바이저 자격기준"에 부합한 자이어야 함.

## 다. 미술심리재활

### ○ 현장실습 기준

- 임상 현장에서 필요한 다양한 실무와 사례 관리법 등을 학습하고 실습 경험을 통해 전문적인 현장 실무 능력을 갖춘 미술심리재활 전문가로 양성함
- 실습 시간 및 방법은 **총 100시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함**

### ○ [미술심리재활 현장실습] 확인증 작성 시

- 임상실습담당자는 장애아동 대상으로 실습을 진행한 기관의 지도자를 뜻하며 자격이 미충족 되더라도 반드시 기입하여 제출해야함
- 임상실습담당자의 자격기준이 미충족 되는 경우 실습담당교수의 자격기준을 확인함  
단, 해당 실습에 대한 인정여부는 분과의 심의사항임

### ○ [미술심리재활 현장실습] 확인증 예시

- 홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > [교과목 이수자] 미술심리재활영역 실습확인서 작성 안내  
게시물 참조

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인

## [미술심리재활 현장실습] 확인증

|          |     |  |        |     |
|----------|-----|--|--------|-----|
| 인적<br>사항 | 성명  |  | 주민등록번호 |     |
|          | 주소  |  |        |     |
|          | 학교명 |  | 학 과    | 학 번 |

| 구분         | 실습기관<br>(대표자/사업자등록번호) | 실습기간 | 실습시간 | 실습대상   | 실습내용 |
|------------|-----------------------|------|------|--------|------|
| 전체<br>임상실습 |                       |      |      |        |      |
| 장애아동 실습시간  |                       | 시간   |      | 총 실습시간 | 시간   |

|              |   |               |  |       |  |
|--------------|---|---------------|--|-------|--|
| *임상실습<br>담당자 | 인 | 발급기관 및<br>자격명 |  | 자격증번호 |  |
| **담당교수       | 인 | 발급기관 및<br>자격명 |  | 자격증번호 |  |

위 사람은 위와 같은 내용으로 학점 이수를 하였음을 증명합니다

년 월 일

담당 교수 : 인

\* 임상실습담당자는 장애아동 대상으로 실습을 진행한 대표기관의 담당자를 뜻함.

\*\* 임상실습담당자의 자격기준이 미충족 되는 경우 실습담당교수의 자격기준을 확인함.

## 라. 심리운동

### ○ 현장실습 기준

- 심리운동 신체경험의 목적과 내용을 이해하고 신체경험의 기본적 이론과 실천적 지식을 학습함  
나아가 내담자의 자아능력을 신장시키기 위한 신체경험을 실습을 통해 경험하고 신체경험 수업  
구성을 위한 이론과 실천을 학습함
- 실습 시간 및 방법은 **장애아동 및 청소년 대상 총 40시간 이상**

[서식 3-6] 심리운동 현장실습확인서

| 심리운동 현장실습확인서        |          |                       |               |                                   |
|---------------------|----------|-----------------------|---------------|-----------------------------------|
| 실 습 생<br>인적사항       | 학교/학과명   |                       |               |                                   |
|                     | 성 명      |                       | 생 년 월 일       | ※'주민등록번호' 앞자리 6개                  |
|                     | 휴 대 전 화  |                       |               |                                   |
| 실습기관<br>관리요소        | 실습기관명    |                       |               |                                   |
|                     | 실습기관등록번호 | ※ 사업자등록번호 등           |               |                                   |
|                     | 주 소      | ※'도로명 주소'로 기입해 주세요.   |               |                                   |
|                     | 전화번호     |                       |               |                                   |
|                     | 실 습 기 간  | 년 월 일 부터 년 월 일 까지     |               |                                   |
|                     | 실 습 시 간  | 총 _____시간 (총 40시간 이상) |               |                                   |
|                     | 실 습 대 상  | 장애아동 및 청소년            |               |                                   |
|                     | 실습지도자명   |                       | 실습지도자<br>자격번호 | ※ 자격증 명칭, 자격<br>발급기관 함께 기입<br>제 호 |
| 위와 같이 실습 내용을 확인합니다. |          |                       |               |                                   |
| 년 월 일               |          |                       |               |                                   |
| 실습지도자:              |          | (서명 또는 인)             |               |                                   |
| 실 습 기 관:            |          | ( 직 인 )               |               |                                   |
| 실습지도교수(또는 학과장):     |          | (서명 또는 인)             |               |                                   |

## 마. 운동발달재활

### ○ 현장실습 기준

- 아동재활현장 실무는 이론적 범주에서 학습한 내용들을 직접 임상적 환경에서 수행함을 목표로 함  
아동의 손상과 기능적 장애를 파악하여 장애아동을 평가, 분류하고 목적을 설정하여 근거 중심  
의 운동재활을 계획하며 순차적으로 적용할 수 있는 실무적 수행능력을 함양
- 실습 시간 및 방법은 **장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 실습**
- 실습기관은 아동재활을 제공하는 병원 및 복지관 또는 운동발달재활서비스를 제공하는 발달  
재활서비스 제공기관으로 함

### ○ 운동발달재활 현장실습확인서 제출 시

- 실습확인서 첨부란에 ‘아동재활현장실무’ 과목 강의계획서 + 실습확인서 2개 첨부 요망

### ○ 학과장 대체 양식 첨부 시

- 실습기관이 폐쇄되었거나 실습 확인 사실을 거부하여 실습기관의 확인을 받기 어려운 경우  
‘아동재활현장실무 실습확인서(학과장 대체 양식), 강의계획서, 실습 사실 증빙이 가능한 서류  
(실습공문, 실습평가 중 1개)’를 반드시 제출해야 함.

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인



## 아동재활현장실무 실습확인서

### 1. 실습생 인적사항

|       |  |        |                  |
|-------|--|--------|------------------|
| 성명    |  | 생년월일   | ※'주민등록번호' 앞자리 6개 |
| 대학(원) |  | 학과명    |                  |
| 휴대전화  |  | e-mail |                  |

### 2. 실습내용

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|--|
| 기관명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         | 전화번호 |  |
| 기관주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |      |  |
| 실습기간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 20    년    월    일 부터    20    년    월    일 까지            |      |  |
| 실습시간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 총                    시간 ( 1일 평균                    시간 ) |      |  |
| 장애아동 실습시간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 총                    시간                                 |      |  |
| <p style="text-align: center;">위와 같이 실습 내용을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">                  년    월    일</p><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>실습 지도자 :</div> <div>(서명)</div> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>실 습 기 관 :</div> <div>(직인)</div> </div> |                                                         |      |  |

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 가능한 경우

## 아동재활현장실무 실습확인서

(학과장 대체 양식)

### 1. 실습생 인적사항

|       |  |        |                  |
|-------|--|--------|------------------|
| 성명    |  | 생년월일   | ※'주민등록번호' 앞자리 6개 |
| 대학(원) |  | 학과명    |                  |
| 휴대전화  |  | e-mail |                  |

### 2. 실습내용

| 실습기간                                                                                                                                                                                                                                                 | 년 월 일 ~ 년 월 일 | 총 실습시간 |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|------|
| 실습기관                                                                                                                                                                                                                                                 | 기관명           | 소재지    | 실습시간 |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |               |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |               |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |               |        |      |
| 장애아동 실습시간                                                                                                                                                                                                                                            | 총 시간          |        |      |
| <p>상기인은 발달재활서비스 운동발달재활영역에 부합하는 장애아동에 대한 재활 현장 실습을 40시간 이상을 충족하였음을 확인합니다.</p>                                                                                                                                                                         |               |        |      |
| <p style="text-align: center;">위와 같이 실습 내용을 확인합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">_____대학(원) _____학과</p> <p style="text-align: center;">실습담당교수 : (서명)</p> <p style="text-align: center;">학과장 : (서명)</p> |               |        |      |

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 불가하여 학과로부터 확인을 받는 경우

※ 첨부서류는 실습진행에 대한 사실 여부를 확인하기 위한 서류로 실습 관련 **‘강의계획서’와 증빙서류(실습 관련 공문, 실습평가서 중 1개)**를 제출해야함

## 바. 음악재활

### ○ 현장실습 기준

- 교과목을 통해 임상 대상에 대해 배운 이론을 임상현장에 적용함
- 실습 시간 및 방법은 실습 I, 실습 II, 그리고 인턴십 등 총 720시간 이수 중, 장애아동 및 청소년 대상의 실습이 최소 40시간 이상 포함

### ○ 음악재활현장실습 I

- 임상적 개입을 필요로 하는 대상과 최소 40시간 이상의 임상실습 요구
- 위의 40시간에는 수련생 1인이 단독으로 주 1회 최소 30분, 총 13회기 이상 실제 내담자와의 세션을 진행하는 것이 포함되어야 함
- 수련생은 주 1회 최소 1시간 이상 개인 또는 집단 슈퍼비전을 받아야 함
- 요구 시, 세션에 대한 회기별 진행보고서, 진단평가 및 종결보고서로 증빙 가능해야함
- 실습과목의 학점은 0-3학점으로 학교별 다양하게 부여되기에 이수여부는 성적증명서로, 이수시간은 별도의 실습확인서로 받아야 함

### ○ 음악재활현장실습 II

- 실습 I 과 다른 임상군을 대상으로 최소 40시간 이상의 임상실습 요구
- 위의 40시간에는 수련생 1인이 단독으로 주 1회 최소 30분, 총 13회기 이상 실제 내담자와의 세션을 진행하는 것이 포함되어야 함
- 수련생은 주 1회 최소 1시간 이상 개인 또는 집단 슈퍼비전을 받아야 함
- 요구 시, 세션에 대한 회기별 진행보고서, 진단평가 및 종결보고서로 증빙 가능해야함
- 실습과목의 학점은 0-3학점으로 학교별 다양하게 부여되기에 이수여부는 성적증명서로, 이수시간은 별도의 실습확인서로 받아야 함

### ○ 음악재활인턴십

- 총 640시간의 인턴십 기간을 원칙으로 함
- 한 명의 인턴이 단독으로 1주에 최소 17회기, 1회기 당 30분 이상으로 실제 내담자와의 세션을 진행해야함
- 매 주 17회기 이상 진행이 어려운 경우 최대 12개월까지 연장 진행 가능하며 세션 수 기준 최소 240세션을 진행해야 함
- 요구 시, 세션에 대한 회기별 진행보고서, 진단평가 및 종결보고서로 증빙할 수 있어야 함
- 인턴십 이수 여부는 성적증명서로, 이수시간은 별도의 인턴십 확인서로 확인 받아야 함

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인

## 음악재활영역 실습 I 확인서

### 1. 실습생 기본사항

|                    |  |      |  |
|--------------------|--|------|--|
| 성 명                |  | 생년월일 |  |
| 연락처                |  | 학교명  |  |
| 학과/전공명             |  | 학위유형 |  |
| 실습I 교과목 명칭<br>(학점) |  |      |  |

### 2. 실습기관 및 시수

| 기관명 | 대상코드 | 주소 | 연락처 | 실습기간 | 시수 |
|-----|------|----|-----|------|----|
|     |      |    |     |      |    |

◆ 대상코드: 1. 아동/청소년 2. 성인 3. 노인

### 3. 임상실습 지도교수

| 지도교수명 | 자격명 | 자격번호 | 자격발급기관 |
|-------|-----|------|--------|
| (인)   |     |      |        |

위 사람은 음악재활 임상실습 과정을 상기 내용과 같이 이수하였기에 이를  
확인합니다.

년            월            일

\_\_\_\_\_대 학교/대 학원  
음악치료학과장(주임교수): (서 명)

## 음악재활영역 실습 II 확인서

### 1. 실습생 기본사항

|                  |  |      |  |
|------------------|--|------|--|
| 성 명              |  | 생년월일 |  |
| 연락처              |  | 학교명  |  |
| 학과/전공<br>명       |  | 학위유형 |  |
| 실습II 교과목 명칭 (학점) |  |      |  |

### 2. 실습기관 및 시수

| 기관명 | 대상코드 | 주소 | 연락처 | 실습기간 | 시수 |
|-----|------|----|-----|------|----|
|     |      |    |     |      |    |

◆ 대상코드: 1. 아동/청소년 2. 성인 3. 노인

### 3. 임상실습 지도교수

| 지도교수명 | 자격명 | 자격번호 | 자격발급기관 |
|-------|-----|------|--------|
| (인)   |     |      |        |

위 사람은 음악재활 임상실습 과정을 상기 내용과 같이 이수하였기에 이를  
확인합니다.

년            월            일

\_\_\_\_\_대 학교/대 학원  
음악치료학과장(주임교수):

(서 명)

## 음악재활영역 인턴십 확인서

### 1. 인턴생 기본사항

|                    |  |      |  |
|--------------------|--|------|--|
| 성명                 |  | 생년월일 |  |
| 연락처                |  | 학교명  |  |
| 학과/전공명             |  | 학위유형 |  |
| 인턴십 교과목 명칭<br>(학점) |  |      |  |

### 2. 인턴기관별 정보 및 시수

| 기관명                              | 대상코드 | 주소 | 연락처 | 실습기간  | 시수 |
|----------------------------------|------|----|-----|-------|----|
| 1.                               |      |    |     |       |    |
| 2.                               |      |    |     |       |    |
| 3.                               |      |    |     |       |    |
| 4.                               |      |    |     |       |    |
| 5.                               |      |    |     |       |    |
| 6.                               |      |    |     |       |    |
| *기관이 여섯 곳 초과 시 동일한 양식 추가 작성하여 제출 |      |    |     | 시수 합계 |    |

◆ 대상코드: 1. 아동/청소년 2. 성인 3. 노인

### 3. 인턴십 지도교수

| 지도교수명 | 자격명 | 자격번호 | 자격발급기관 |
|-------|-----|------|--------|
| (인)   |     |      |        |

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

년            월            일

\_\_\_\_\_대 학교/대 학원  
음악치료학과장(주임교수):

(서명)

## 사. 재활심리

### ○ 현장실습 기준

- 학교에서 배운 것을 토대로 실제 현장에서 재활심리 서비스 제공자로서의 역량을 가질 수 있게 함
- 실습 시간 및 방법은 **총 120시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함**
- 재활심리 분야 전문가의 지도 감독 아래 실시되는 현장실습을 수행함을 원칙으로 함

[서식 3-12] 재활심리 현장실습확인서

| 재활심리 현장실습확인서                                                                                                                                                                    |             |                                                                           |               |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| 실 습 생<br>인적사항                                                                                                                                                                   | 학교/학과명      |                                                                           |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 성 명         |                                                                           | 생 년 월 일       | ※'주민등록번호' 앞자리 6개                                                  |
|                                                                                                                                                                                 | 휴 대 전 화     |                                                                           |               |                                                                   |
| 실습기관<br>관리요소                                                                                                                                                                    | 실습기관명       |                                                                           |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 실습기관등록번호    | ※ 사업자등록번호 등                                                               |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 주 소         | ※ '도로명 주소'로 기입해 주세요                                                       |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 전화번호        |                                                                           |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 실 습 기 간     | 년 월 일 부터          년 월 일 까지 (총__주)                                         |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 실 습 시 간     | 총 _____시간 (주 40시간×__주)                                                    |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 실 습 내 용     | ※ 실습대상(장애유형), 실습목표, 실습 주요내용 등 명시<br>(장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 실습 포함 총 120시간) |               |                                                                   |
|                                                                                                                                                                                 | 실습지도자<br>성명 |                                                                           | 실습지도자<br>인정사항 | 자격사항 (※발급기관 함께 기입)<br>예) 한국재활심리사협회 재활심리사1급 제 00호<br>전공/최종 학위/출신학교 |
| <p>위와 같이 실습 내용을 확인합니다.</p> <p>년          월          일</p> <p>실습지도자: (서명 또는 인)</p> <p>실 습 기 관: ( 직 인 )</p> <p>교육기관/담당교수(또는 학과장):</p> <p>대학(원)          학과          (서명 또는 인)</p> |             |                                                                           |               |                                                                   |

## 아. 청능재활

### ○ 현장실습 기준

- 청각장애와 평가 및 재활과 관련된 임상실습 교육과정을 통하여 청능재활서비스의 제공자로서의 역할과 기능을 실제 임상에 적용함
- 청력평가, 보청기, 및 증폭기기의 선별 및 착용, 청능훈련, 상담, 보고서 작성 등을 포함하는 종합적인 청각재활 서비스를 다룸
- 실습 시간 및 방법은 **장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함**
- 이론과 실습으로 운영되는 경우 주 당 이론 1시간과 실습 4시간으로 실습은 12주 동안 총 48시간 / 실습으로만 운영되는 경우 총 40시간, 4주간 실시

### ○ 학과장 대체 양식 첨부 시

- 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 불가하여 학과로부터 확인 받는 경우 해당
- 다수의 현장 실습 기관을 진행한 경우에도 해당 양식 작성 요망

실습확인서 양식 다음 페이지에서 확인



| 청 능 재 활 현 장 실 습 확 인 서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                                                                    |               |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|
| 실 습 생<br>인적사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 학교/학과명   |                                                                    |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 성 명      |                                                                    | 생 년 월 일       | ※'주민등록번호' 앞자리 6개                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 휴 대 전 화  |                                                                    |               |                                                              |
| 실습기관<br>관리요소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 실습기관명    |                                                                    |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실습기관등록번호 | ※ 사업자등록번호 등                                                        |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 주 소      | ※ '도로명 주소'로 기입해 주세요                                                |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 전화번호     |                                                                    |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실 습 기 간  | 년 월 일 부터 년 월 일 까지 (총__주)                                           |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실 습 시 간  | 총 ____시간 (주 40시간×__주)                                              |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실 습 대 상  | 장애아동 및 청소년                                                         |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실 습 내 용  | ※실습대상(장애유형), 실습 주요내용 등 명시<br>(장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 실습 포함 총 120시간) |               |                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 실습지도자명   |                                                                    | 실습지도자<br>인정사항 | 자격사항 (※발급기관 함께 기입)<br>예) 청능사자격검정원 청능사 제 00호<br>전공/최종 학위/출신학교 |
| 위와 같이 실습 내용을 확인합니다.<br><br><div style="text-align: center;">                         년      월      일                     </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>                             실습지도자:<br/>                             실 습 기 관:                         </div> <div>                             (서명 또는 인)<br/>                             ( 직 인 )                         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>실습지도교수(또는 학과장):</div> <div>(서명 또는 인)</div> </div> |          |                                                                    |               |                                                              |

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 가능한 경우

| <b>청능재활 현장실습확인서</b><br><b>(학과장 대체양식)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                   |         |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|------------------|
| 실 습 생<br>인적사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 학교/학과명  |                                   |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 성 명     |                                   | 생 년 월 일 | ※'주민등록번호' 앞자리 6개 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 휴 대 전 화 |                                   |         |                  |
| 실습기관<br>관리요소                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 실습기관명   |                                   |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 주 소     | ※'도로명 주소'로 기입해 주세요                |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 전화번호    |                                   |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 실 습 기 간 | 년 월 일 부터          년 월 일 까지 (총__주) |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 실 습 시 간 | 총 _____시간 (주 40시간×__주)            |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 실 습 대 상 | 장애아동 및 청소년                        |         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 실습지도자명  |                                   |         |                  |
| <p style="text-align: center;">위와 같이 '발달재활서비스 제공인력 자격인증'임상실습 내용을 충실히 이수하였음을<br/>확인합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">년            월            일</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>실습지도교수(또는 학과장):</span> <span>(서명 또는 인)</span> </div> |         |                                   |         |                  |

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 불가하여 학과로부터 확인을 받는 경우

※ 다수의 현장 실습 기관을 진행한 경우에도 해당 양식 작성 요망

## 자. 행동재활

### ○ 현장실습 기준

- 현장실습 교육과정을 통하여 행동지원 전문가로서의 기본 소양을 고취하고 습득한 이론지식을 실제 임상에 적용함
- 실습 시간 및 방법은 **총 120시간 이상, 단 장애아동 및 청소년 대상 40시간 이상 포함**

[서식 3-15] 행동재활 현장실습확인서

## 행 동 재 활 현 장 실 습 확 인 서

### 1. 실습생 인적사항

|      |  |      |                      |
|------|--|------|----------------------|
| 이 름  |  | 생년월일 | ※'주민등록번호' 앞자리 6자리 기입 |
| 대 학  |  | 학 과  |                      |
| 휴대전화 |  | 전자우편 |                      |

### 2. 실습내용

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 기 관 명   |                              |
| 주 소     | (우편번호 : )<br>※'도로명 주소' 기입    |
| 대표자 이름  |                              |
| 전 화 번 호 |                              |
| 실 습 기 간 | 년 월 일 부터 년 월 일까지 (총 ____ 시간) |
| 실 습 대 상 | ※ '장애아동 및 청소년 나이 / 장애진단명' 기입 |

(위와 같이 행동재활현장실습을 이수하였음을 확인합니다.)

년 월 일

실습지도자 : (서명)

기 관 명 : (직인)

지 도 교 수 : (서명)

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 가능한 경우

## 행동재활현장실습 확인서 (학과장)

### 1. 실습생 인적사항

|      |  |      |                      |
|------|--|------|----------------------|
| 이 름  |  | 생년월일 | ※'주민등록번호' 앞자리 6자리 기입 |
| 대 학  |  | 학 과  |                      |
| 휴대전화 |  | 전자우편 |                      |

### 2. 실습내용

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 기 관 명   |                              |
| 주 소     | (우편번호 : )<br>※'도로명 주소' 기입    |
| 대표자 이름  |                              |
| 전 화 번 호 |                              |
| 실 습 기 간 | 년 월 일 부터 년 월 일까지 (총 ____시간)  |
| 실 습 대 상 | ※ '장애아동 및 청소년 나이 / 장애인단명' 기입 |

위와 같이 행동재활현장실습을 이수하였음을 확인합니다.

년 월 일

\_\_\_\_ 대학(원) \_\_\_\_ 학과

지도교수 : (자필서명)

학과장 : (자필서명)

※ 실습기관에서 실습에 대한 확인 및 확인서 발급이 불가하여 학과로부터 확인을 받는 경우

## 제4장

# 발달재활서비스 제공인력 자격인정 신청 방법

---



## 1. 자격인정 제출 서류

### 가. 제출 서류 안내

- 발달재활서비스 자격관리사업 홈페이지(<https://www.broso.or.kr/cert>)에서 온라인 신청

[표 4-1] 자격인정 제출 서류

| 제출서류                 | 참조사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 성적증명서              | <ul style="list-style-type: none"> <li>신청일 기준 발급일 6개월 이내 서류 제출(실습확인서 제외)</li> <li>이수 교육기관이 여러 곳일 경우, 신청 과목에 대한 성적증명서 모두 제출 요망</li> <li>신청 교과목에 형광펜 표시하여 제출 요망(심의 시 참고용)이며, 인정 결과에 영향을 미치는 요인이 아님</li> <li>대학원 연수과정 이수자의 경우 발급된 수료증 등 성적증명서란에 제출</li> </ul>                                                                                    |
| ② 최종학력증명서<br>(졸업증명서) | <ul style="list-style-type: none"> <li>발급일 6개월 이내(신청일 기준) 서류 제출</li> <li>공지된 증명서 외에 다른 서류 제출 불가<br/>예) 학위기, 학적부 등 인정하지 않음</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          |
| ③ 실습확인서              | <ul style="list-style-type: none"> <li>영역별 실습확인서 서식 준수</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 홈페이지 &gt; 인정기준 &gt;<br/>영역별 제공인력 자격기준 “현장실습확인서 양식 다운로드”</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>발달재활서비스 바우처(인정받고자 하는 영역 근무) 경력이 고시(2018.9.12.) 이전 6개월 이상인 경우, 경력증명 서류로 대체 가능</li> </ul> |
| ④ 증명사진(3×4)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>증명사진을 그림파일(JPG, PNG 등)로 제출(해상도 100DPI이상)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |

### 나. 유의사항

- 다음 중 어느 하나에 해당 되는 경우 자격인정 신청 시 ‘기타’ 첨부파일 란에 ‘-’에 해당되는 서류 첨부

#### ○ 성명변경

- 주민등록표 초본(변경 전후 내용이 명시된 서류)

#### ○ 학점은행제·시간제를 통한 교과목 이수자

- 「학점인정등에관한법률」에 따라 국가평생교육진흥원에서 발급한 성적증명서

#### ○ 자퇴를 한 경우

- 주민등록표 초본(변경 전후 내용이 명시된 서류)
- 자퇴한 학교에서 이수한 과목을 신청하고자 하는 경우 해당 학교의 성적증명서

## 2. 유사교과목 심의 관련 제출 서류

### 가. 제출 서류 안내

- 유사교과목 심의 요청 시 신청 과목에 대한 강의계획서 제출
  - 교과목 이수 자격인정 온라인 신청 매뉴얼 참고하여 신청

[표 4-2] 유사교과목 심의 제출 서류

| 제출서류  | 참조사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 강의계획서 | <ul style="list-style-type: none"> <li>법정교과목명과 성적증명서 상 교과목명이 100% 일치하지 않는 경우 신청 교과목은 <b>반드시 ‘유사교과목 심의요청’ 진행</b></li> <li>홈페이지 메인의 ‘유사교과목 인정과목 조회’에서 인정과목과 ‘<u>학교명, 학과, 연도, 교과목명</u>’ 등 모두 동일한 경우에도 유사교과목 심의요청 ‘예’ 이후 심의대상교과목명을 작성해야함           <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 유사교과목 등록화면에서 강의계획서 대신 성적증명서를 첨부</li> </ul> </li> <li>홈페이지 메인의 ‘유사교과목 인정과목 조회’에서 인정과목으로 조회되는 경우라도 ‘학교명, 학과, 연도’ 등이 일치하지 않는 경우 유사교과목 심의요청 ‘예’ 이후 강의계획서 제출 필요</li> <li>강의계획서 제출 양식 준수           <ul style="list-style-type: none"> <li>성적증명서와 강의계획서의 이수시기가 일치해야함               <ul style="list-style-type: none"> <li>: 본인이 이수한 시기의 수강 강의계획서를 제출한 경우에만 심의 가능</li> </ul> </li> <li>중간·기말고사를 포함하여 <u>15주차 이상</u>의 교수요목 필요</li> </ul> </li> <li>강의계획서 발급 시 <b>직인, 발급일, 담당자, 성명·연락처</b> 포함           <ul style="list-style-type: none"> <li><u>2017년도 이전</u> 입학자의 경우 <u>교무처 직인</u>,               <ul style="list-style-type: none"> <li>: 강의계획서에 이수시기가 미표기된 경우 동일 적용</li> </ul> </li> <li><u>2017년도 이후</u> 입학자의 경우 <u>학과 직인</u> 첨부               <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 개인도장 및 서명 인정 불가</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>대학, 산업대학, 교육대학, 전문대학, 방송대학, 통신대학, 방송통신대학 및 사이버대학, 교육훈련기관(대통령으로 정하는 평생교육시설, 직업교육훈련기관 및 군의 교육·훈련시설) 등 모든 교육기관은 유사교과목 심의 신청 시 위의 제출서식을 준수해야함</li> </ul> |

### 나. 유의사항

#### ○ 강의계획서 원본대조필 첨부

- 반드시 해당 서류가 사실임을 확인할 수 있는 원본대조필을 **과목별 첫 페이지** 첨부
  - : 평생교육시설(Ex. 학점은행제, 시간제등록생 등) 의 경우 학과장에 준하는 원장 또는 담당자의 원본대조필 도장을 포함하여 제출
  - ※ 자주하는 질문 Q.57 확인

#### ○ 원본대조필을 대체하여 학교에서 공문을 통해 진위여부를 증빙하는 것은 인정 불가



# 수업계획서

2019년도 1학기

| 수업개설 정보      |                 |        |         |
|--------------|-----------------|--------|---------|
| 교과목번호/분반     | 12345           | 교과목명   | 장애아동 이해 |
| 과정           | 학사과정            | 이수구분   | 전공선택    |
| 학점/강의시간/실습시간 | 2.0 / 2.0 / 0.0 | 시간/강의실 |         |
| 개설학과         | 작업치료학과          |        |         |
| 수강제한         |                 |        |         |
| 선수과목         |                 |        |         |
| 사용언어         | 한국어 (100%)      |        |         |
| 수업방법         | 이론수업            |        |         |

| 담당교수 정보 |        |             |     |
|---------|--------|-------------|-----|
| 소속      | 작업치료학과 | 성명          | 홍길동 |
| 상당시간/장소 |        | 전화번호/E-MAIL |     |

| 교과목 개요                                        |  |
|-----------------------------------------------|--|
| 장애아동을 지원하는 관련법, 장애아동의 정의·특성, 진단방법 등에 대해 학습한다. |  |

| 수업목표                            |  |
|---------------------------------|--|
| 장애아동 관련 서비스를 제공할 때 더 효과적일도록 한다. |  |

| 성적평가방법             |  |
|--------------------|--|
| 중간고사, 기말고사, 과제, 출석 |  |

| 교재 및 참고문헌 |         |     |      |     |
|-----------|---------|-----|------|-----|
| 구분        | 교재명     | 저자명 | 출판년도 | 출판사 |
| 주교재       | 장애아동 이해 | 홍길동 | 2017 |     |
| 부교재       |         |     |      |     |
| 참고도서      |         |     |      |     |

| 기타 주의사항 |  |
|---------|--|
|         |  |

**원본대조필** ㉠

· 발급자: 김발달 (작업치료학과 조교)  
02-1234-5678

· 발급일: 2020. 11. 30.

\* 장애학생의 경우 학습지원(강의녹음허가, 지정좌석배치 등)이 필요하거나 평가지원(시험시간연장, 대필허가 등)이 필요한 경우 담당교수 혹은 장애학생지원센터( )와 상담하시기 바랍니다.

### 3. 자격 인정 신청 시 유의사항

- 교과목 이수 자격인정과 관련하여 내용, 방법, 기타 유의사항과 관련하여 공지된 내용을 숙지하여 자격인정 절차를 진행해야 함
- 신청서에 모든 사항을 정확히 작성해야 하며, 기록착오, 누락, 오기입 등으로 불이익이 발생하지 않도록 유의 요망
- “발달재활서비스 자격관리사업” 홈페이지([www.broso.or.kr/cert](http://www.broso.or.kr/cert)) 자격인정 신청 시 정확한 서류 확인 및 제출 요망
  - 방문접수, 우편접수, 이메일접수, 자격인정 신청기간 외 온라인 서류 접수 등 불가
- 신청 회차 미인정 시 다음 회기 인정에 참여해야 하며, 제출 서류는 반환되지 않으므로 매 회기 인정 신청 시 서류 재제출 필요
- 문서의 위조, 허위 작성 등 발견 시 발달재활서비스 제공 자격의 취소 또는 정지에 관한 기준은 그 처분의 사유와 위반 정도 등을 고려하여 자격관리위원회가 결정

- 개인 위변조: 개인 경고문 공문 통보, 해당 대학에 관련 사실 공문 통보
- 기관 위변조: 해당 대학 경고문 공문 통보, 개인 관련 사실 공문 통보
- 개인 및 기관 2회 위변조 확인 시 해당 학과 또는 개인 인정 신청 1년 정지

- 제공인력 자격인정 관련 결격사유
  - 제출 서류를 허위로 작성한 경우
  - 강의계획서를 임의 수정한 경우
  - 미인정 된 제출 서류를 수정하여 재신청한 경우 등

#### ○ 서류제출형식

- 온라인 접수 시 제출서류는 반드시 원본서류를 스캔하여 PDF 파일로 변환하여 첨부해야하며 반드시 A4사이즈로 해당 내용이 정확히 식별 가능해야함
- 서류 저장 시 반드시 서류 크기 및 형식을 확인해야하며, 미준수 시 심의과정에서 구비서류 미비로 미인정 될 수 있음(1면에 2p 모아 찍기, 핸드폰 촬영 서류, A3/5 크기 서류 등)

#### ○ 온라인 신청 시

- 최종 ‘신청’ 버튼을 누른 이후 신청서 수정 및 보완 불가
  - : (제출완료 후 서류 미비·누락 등을 발견한 경우 다음 회기 재신청해야함
  - : 최종 ‘신청’ 버튼을 누르기 전까지 자격인정 신청 첫 화면에서 ‘다음’버튼을 클릭한 이후 작성 서류는 임시 저장되며 작성 내용을 확인 및 수정 가능
  - : ‘신청’ 이후 수정 및 동일 영역 신청서 재제출이 불가한 이유는 관리자가 인정과 관련된 개인정보를 임의 수정 할 수 없으며, 임의 조작·변경을 통한 불이익이 발생하지 않도록 하는 보안 조치임
- 신청서 제출 이후, 심의과정에서 중간 서류 보완은 없으며 최종 자격인정자에 한해 필요 시 서류 보완 요청

#### ○ 초과 학점 관련

- 과목의 학점이 3학점을 초과하는 경우, 3학점으로 기입(과목 당 최대 3학점 인정 및 신청)
- 단독 운영 과목이 아닌 단계를 나누어 놓은 연계과목의 경우 학점 합산 가능(최대 3학점 인정)  
(예시) A(2학점) + B(2학점) 신청 시 3학점으로 인정 / B(1학점) + B(1학점) 신청 시 2학점으로 인정

## 참고

## 자격신청 주요 미인정 사유

[표 4-3] 자격신청 주요 미인정 사유

| 번호 | 구분          | 내용                                                                                                             |
|----|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 자격기준        | ○ 신청 영역의 자격기준을 미충족하는 경우<br>- 공통 및 전공영역과목 이수 및 실습 조건                                                            |
| 2  | 신청오류        | ○ 심의 신청 정보를 오기입(학교명, 학과명, 교수명 등) 한 경우                                                                          |
| 3  |             | ○ 이수교과목을 성적증명서 상에서 명확하게 확인할 수 없는 경우                                                                            |
| 4  |             | ○ 학부와 석박사 과정을 통합하여 자격인정을 신청한 경우                                                                                |
| 5  |             | ○ 서류를 임의 수정하여 제출한 경우(허위서류 제출 등)                                                                                |
| 6  |             | ○ I, II 과목을 제외하고, 1개의 법정교과목에 2개 이상의 이수 과목을 유사교과목 심의 신청하는 경우 등<br>예) (법정교과목) 감각운동평가 → (신청) 조사방법론, 지역사회작업치료학     |
| 7  |             | ○ 1개의 이수 교과목으로 여러 개의 법정 교과목에 심의를 중복 신청하는 경우<br>(중복 기입 과목 모두 반려 처리)                                             |
| 8  |             | ○ 허위로 작성되었다고 판단되거나 개설되지 않은 과목을 신청한 경우                                                                          |
| 9  |             | ○ 기타 분과 및 자격관리위원회가 불가하다고 판단하는 경우 등                                                                             |
| 10 | 현장실습        | ○ 졸업 후 실습 기간을 포함하여 실습확인서를 제출한 경우                                                                               |
| 11 |             | ○ 영역별 실습기준 및 실습확인서 포함 요소를 미충족한 경우                                                                              |
| 12 |             | ○ 경력증명서 대체 시 경력이 발달재활서비스 바우처 및 해당 영역의 경력에 해당하지 않는 경우, 고시 이전 6개월 이상을 충족하지 못하는 경우, 필요 서류를 정확하게 구비하여 제출하지 못한 경우 등 |
| 13 | 유사교과목<br>심의 | ○ 유사교과목이 법정교과목과 유사하지 않고, 교과목 목적이 모두 상이한 경우                                                                     |
| 14 |             | ○ 제출한 강의계획서가 중간·기말고사 포함 15주차를 미충족하는 경우                                                                         |
| 15 |             | ○ 이전 회기 인정된 유사교과목을 심의 미신청하여 기입하지 않은 경우                                                                         |
| 16 |             | ○ 강의계획서 첨부 시, 여러 과목의 강의계획서를 1개의 파일로 PDF 변환하여 첨부하는 경우, 심의 불가하여 반려 처리                                            |
| 17 |             | ○ 본인이 이수한 시기의 강의계획서를 제출하지 못한 경우                                                                                |
| 18 |             | ○ 법정 교과목명과 불일치하고, 이전 회기 심의되지 않은 교과목을 유사 교과목 심의 신청하지 않은 경우                                                      |



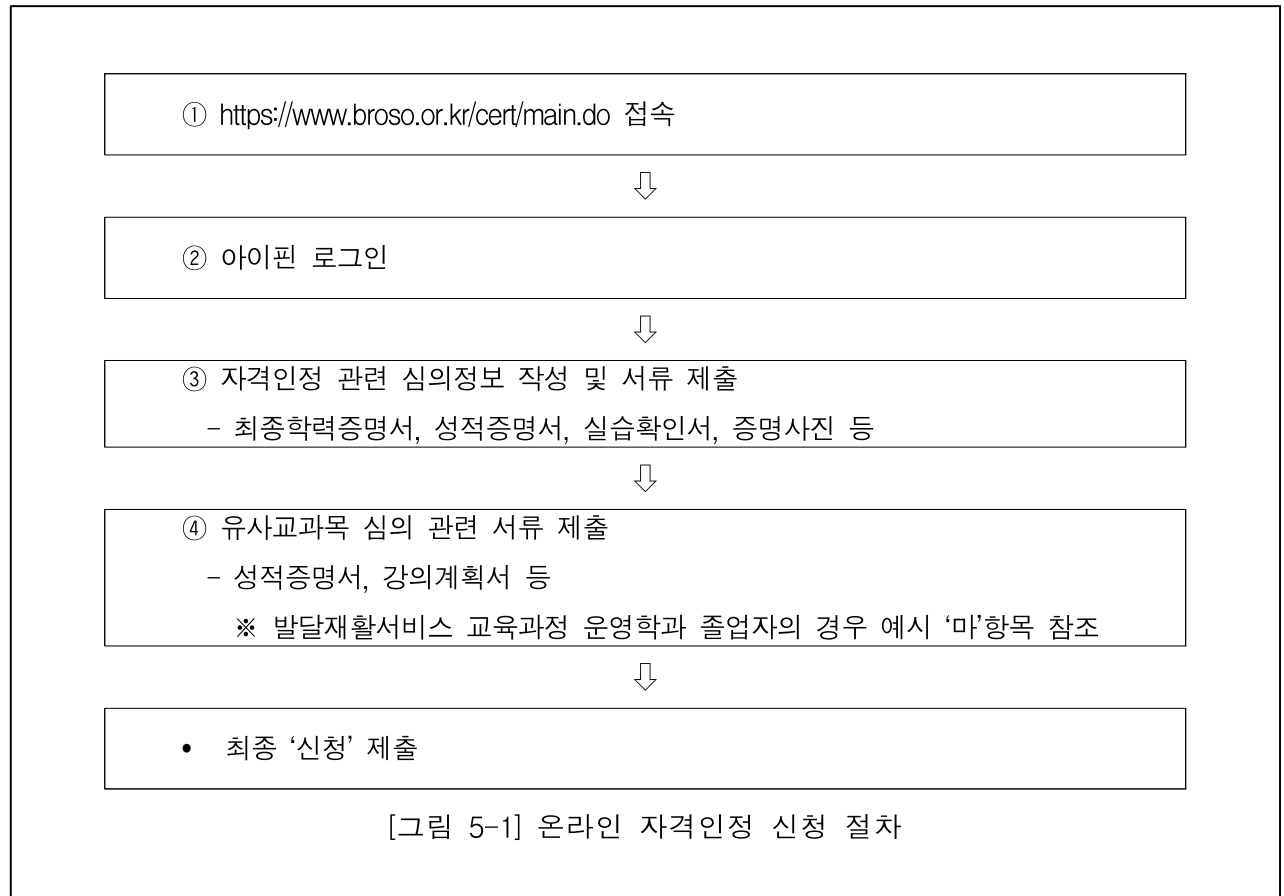
## 제5장

## 온라인 자격인정 신청 방법

---



## □ 온라인 자격인정 신청 절차



## □ 유의사항

### ○ 온라인 신청 시 최종 '신청' 버튼을 누른 이후 신청서 수정 및 보완 불가

- 제출 완료 후 서류 미비·누락 등을 발견한 경우 다음 회기 재신청해야함
- '신청' 이후 수정 및 동일 영역 신청서 재제출이 불가한 이유는 관리자가 인정과 관련된 개인정보를 임의 수정할 수 없으며, 임의 조작·변경을 통한 불이익이 발생하지 않도록 보안을 위한 조치임

## 가. 심의정보 작성 및 서류 제출 절차 예시

1. 홈페이지 상단의 “로그인” 버튼 클릭합니다.

### 홈페이지 로그인

**클릭** → **로그인** | 사이트맵

중앙장애인·발달장애인지원센터  
발달재활서비스 자격관리사업

사업소개    인정기준    자격인정방법    운영학과 인정 신청    열린광장

#### 발달재활서비스 제공인력의 전문성이 높아집니다!

< 고시이전(2018.9.12.) 발달재활서비스 관련 민간자격증을 소지하였거나  
관련학과+경력 1,200시간(발달재활서비스)이 있는 경우에는  
21년 9월 12일까지 한국보건복지인력개발원에서 전환교육 30시간 수료한 후  
23년 9월 12일까지 발달재활서비스 제공인력(전환교육수료자) 자격확인을 받으셔야 합니다 >

주요 메뉴

#### 나의 자격기준 확인

이수과목과 실습시간 기준을 확인합니다.



#### 자격인정 신청

자격인정 신청을 접수합니다.



#### 발달재활서비스 교육과정 운영학과

발달재활서비스 교육과정  
운영학과 인정절차를 확인합니다.



#### 자격신청 결과조회

내 자격인정 신청 결과를 조회할 수 있습니다.





2. “I-PIN 인증하기” 버튼을 누르고, 민간 아이핀 로그인을 진행합니다.

## 홈페이지 로그인

[사업소개](#)[인정기준](#)[자격인정방법](#)[운영학과 인정 신청](#)[열린광장](#)[홈 > 로그인](#)

### 로그인

● 본인인증 방법 선택 하신 후 팝업창이 나타나지 않으면 브라우저의 팝업차단을 해제해 주시기 바랍니다.

클릭



민간 아이핀

주민번호 대체수단인 민간아이핀으로  
본인 확인 후 이용하실 수 있습니다.

I-PIN 인증하기

3. 민간 아이핀ID/비밀번호 입력 또는 신규발급을 진행합니다.

## 홈페이지 로그인

중앙장애인복지재단  
발달재활서비스 자격관리사업

로그인

로그인

제공영역 신설/변경 열린장장

아이핀 KCB 아이핀 Korea Credit Bureau

1. 아이디가 있는 경우 입력 후 로그인

아이핀ID   
비밀번호  확인

32908

문자입력

● 본인인증 방법 선택

앱 간편인증 NEW 증시작

2. 아이디가 없는 경우 신규발급

신규발급 비밀번호찾기 아이핀관리 MyPIN관리

보단 간편한 이용을 위해 키보드의 보안프로그램을 실행합니다.

이용약관 개인정보처리방침 홈페이지 고객센터 알기

주민번호 14자리 주민번호로  
본인 확인 후 이용하실 수 있습니다.

4. 민간 아이핀이 없는 경우, 절차에 따라 신규발급을 진행합니다.

## 홈페이지 로그인

※ 아이핀 신규발급 : 해당 아이디로 자격인증 결과조회 등을 위해 아이디와 비밀번호 예모 요망

약관동의 KCB 아이핀 - Internet Explorer  
https://ipin.ok-name.co.kr/CommonSvt

약관동의

약관동의 > 신규발급 > [약관동의]

**1. 이용약관 모두 동의**

☐ 제1조

☐ 이용약관에 동의합니다. [이용약관 전문보기](#)

**개인정보 수집 및 이용에 대한 동의**

☐ 코리아크레딧뷰로(주) 귀중

☐ 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다. [동의서 전문보기](#)

**개인정보의 제3자 제공에 관한 사항 동의**

☐ 코리아크레딧뷰로(주) 귀중

☐ 제3자 정보제공에 동의합니다. [동의서 전문보기](#)

**고유식별정보 처리 동의**

☐ 코리아크레딧뷰로(주) 귀중

☐ 고유식별정보 처리에 동의합니다. [동의서 전문보기](#)

[확인](#) [취소](#)

[이용약관](#) [개인정보처리방침](#) [홈페이지](#) [고객센터](#) [탈기](#)

발급자 정보입력 KCB 아이핀 - Internet Explorer  
https://ipin.ok-name.co.kr/CommonSvt

발급자 정보입력 **2. 빈칸 입력**

약관동의 > 신규발급 > [발급자 정보입력]

**성명**

**주민번호**  -

**문자입력**

**아이핀 ID**  [ID 중복확인](#)

**비밀번호**

**비밀번호 확인**

**이메일**   [직접입력](#)

\* 숫자, 영문, 특수문자 조합 8자리로 설정하세요. [설정규칙 >](#)

\* 인증이력 등이 발송되므로 정확하게 입력해 주세요.

☐ 마이핀을 함께 발급 받습니다.  
\* 마이핀으로 모프라인에서 본인 확인이 가능합니다.

**3. 클릭** [발급하기](#) [발급취소](#)

[이용약관](#) [개인정보처리방침](#) [홈페이지](#) [고객센터](#) [탈기](#)

5. 홈페이지 메인에서 “자격인정 신청”을 클릭합니다.

## 자격인정 신청 방법



중앙장애인복지재단  
발달재활서비스 자격관리사업

사업소개

인정기준

자격인정방법

운영학과 인정 신청

열린광장

### 발달재활서비스 제공인력의 전문성이 높아집니다!

시이전(2018.9.12.) 발달재활서비스 관련 민간자격증을 소지하였거나  
관련학과+경력 1,200시간(발달재활서비스)이 있는 경우에는  
21년 9월 12일까지 한국보건복지인력개발원에서 전환교육 30시간 수료한 후  
23년 9월 12일까지 발달재활서비스 제공인력(전환교육수료자) 자격확인을 받으셔야 합니다

클릭

주요 메뉴

#### 나의 자격기준 확인

이수과목과 실습시간 기준을 확인합니다.



#### 자격인정 신청

자격인정 신청을 접수합니다.



#### 발달재활서비스 교육과정 운영학과

발달재활서비스 교육과정  
운영학과 인정절차를 확인합니다.



#### 자격신청 결과조회

내 자격인정 신청 결과를 조회할 수 있습니다.



6. 자격인정 신청 화면에서 “교과목 이수” > “자격인정 신청” 버튼을 차례로 클릭합니다.

## 자격인정 신청 방법

[사업소개](#)[인정기준](#)[자격인정방법](#)[운영학과 인정 신청](#)[열린광장](#)[홈](#) > [자격인정 신청](#)

### 자격인정 신청

전환교육 및 교과목 이수 자격인정에 대해 최근 접수일정을 확인 할 수 있는 화면 입니다.

#### 일정 정보

|      |          |               |
|------|----------|---------------|
| 전환교육 | <b>1</b> | <b>교과목 이수</b> |
|------|----------|---------------|

클릭



안녕하세요. 발달재활서비스 자격관리사업단입니다.  
2023년도 12회 교과목 이수 자격인정 신청을 안내드립니다.

[2023년도 12회 발달재활서비스 제공인력 자격인정(교과목 이수자)]

- 대상: 영역별 자격 요건을 충족하는 자
- 신청기간: 2월 23일(목) 9시 00분 ~ 3월 9일(목) 23시 50분
- 제출서류: 첨부파일 "12회 발달재활서비스 교과목 이수자 자격인정 안내서" 참고  
※ 온라인 심의 진행으로 모든 서류 및 신청정보 온라인 기입
- 문의사항: 전화 또는 홈페이지 1:1문의 게시판 이용  
-(전화 문의) 대표전화: 1544-6065 (※ 상담가능시간: 평일 9시 30분~16시 00분)  
-(홈페이지 문의) 열린광장 → 1:1 문의(민간아이핀 로그인 후 이용)

7. 자격인정 신청 화면에서 자격인정 관련 안내를 확인합니다.

## 자격인정 신청 방법

|      |                                                                                                                      |           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부파일 |  12회 발달재활서비스 교과목 이수자 자격인정 안내서.pdf   | 2.41 MB   |
|      |  12회 발달재활서비스 교과목 이수자 자격인정 자주하는 질... | 350.81 KB |

※ 신청 전, 반드시 자격인정 관련 안내(일정, 안내문, 첨부파일 등)를 꼼꼼하게 확인하시기 바랍니다.





8. 자격인정 신청서(신청인 정보)를 작성합니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면 입니다.

### 신청인 정보 ※ 기재 정보 정확하게 입력

|        |                                                        |                      |                                                                                                                             |
|--------|--------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ✓ 성명   | <input type="text"/>                                   | ✓ 생년월일               | <input type="text" value="YYYY-MM-DD"/>  |
| ✓ 주소   | <input type="text"/> <input type="button" value="검색"/> | <input type="text"/> |                                                                                                                             |
|        | 상세주소                                                   | <input type="text"/> |                                                                                                                             |
| ✓ 휴대폰  | <input type="text"/>                                   | 이메일                  | <input type="text"/>                                                                                                        |
| ✓ 최종학력 | <div>선택 ▼</div>                                        | ✓ 주민등록번호             | <input type="text"/>                                                                                                        |

### 최종학력 기입(신청학력과 구분)

- 최종학력: 본인의 실제 최종학력 기입
- 신청학력: 법정 교과목을 이수한 교육과정 기입

## 9. 자격인정 신청서(신청인 정보)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면 입니다.

#### 신청 학력 정보

### ※ 자격인정 신청 학력 관련 정보 기입

|            |                                                              |        |            |
|------------|--------------------------------------------------------------|--------|------------|
| ✓ 신청학력     | 선택 ▼                                                         | ✓ 학교명  |            |
| ✓ 전공/학과 선택 | <input checked="" type="radio"/> 전공 <input type="radio"/> 학과 | ✓ 전공명  |            |
| ✓ 입학일자     | YYYY-MM-DD                                                   | ✓ 졸업일자 | YYYY-MM-DD |

**전공 또는 학과 선택 후 기입 (~전공, ~학과)**



안내

- 다수의 학교를 졸업한 경우(전문대/일반대/사이버대/평생교육원 또는 석박사졸업) 하나의 대학을 선정하여 기입하되, 신청하는 교과목의 졸업증명서를 하단에 모두 첨부해야 합니다.
- 학교명 기입 시 석·박사의 경우 "○○대학교 ○○대학원"으로 기입하시기 바랍니다.

### ※ 안내사항을 참고하여 신청 진행



## 10. 자격인정 신청서(신청인 정보)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면입니다.

#### 인정영역

- \* 인정영역 변경 시 이수과목이 초기화 됩니다.
- \* 영역별, 학력별(전문학사+학사 또는 석박사)로 충족해야 하는 이수 과목의 수와 학점을 확인해주시기 바랍니다.
- \* 석박사의 경우 공통필수로 3학점을 채웠다면 공통선택의 과목기입란 가장 우측의 삭제 버튼을 누른 후 신청을 진행해주시기 바랍니다.
- \* 기존에 인정이 된 유사교과목도 유사교과목 신청 '예'를 누르고 해당 이수교과목 입력(자주하는 질문란 참고)하시기 바랍니다.
- \* 과목당 이수학점은 최대 3학점까지 인정되며, 3학점 초과 과목 기입 시 3학점으로 입력하시기 바랍니다.
- \* 이수한 1과목은 한번만 신청(기입)하셔야 합니다.

✓ 선택

청능재활

인정영역 선택

#### 이수과목(공통필수)

※ 심의대상 교과목 기입 시, 성적증명서를 기준으로 외래어 표기, 띄어쓰기 등이 100% 일치하도록 기입 요망

| 법정 교과목명  | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명  | 이수 학교명 | 학점 | 성적 |  |
|----------|---------------|------------|--------|----|----|--|
| 장애아동의 이해 | 1 예           | 발달재활의 이해 2 | 발달대학교  | 3  | A+ |  |

1. 법정교과목명과 성적증명서 상 이수한 교과목명이 100% 일치하지 않는 경우  
→ 유사교과목 심의요청 “예” 체크

총 학점 3  
2. 심의대상 교과목명 입력 후 ‘검색’  
→ 다음 화면 참고

11. 유사교과목 심의를 신청하는 경우, 사전 인정 과목 조회 방법을 안내드립니다.

유사교과목 목록

검색

|           |                                 |         |                                 |
|-----------|---------------------------------|---------|---------------------------------|
| 교과목 구분    | 공통과목                            | 법정 교과목명 | 장애아동의 이해                        |
| 심의대상 교과목명 | <input type="text"/>            | 학교명     | <input type="text"/>            |
| 전공/학과명 선택 | <input type="text" value="선택"/> |         |                                 |
| 연도        | <input type="text" value="선택"/> | 학기      | <input type="text" value="선택"/> |

성적증명서 상 본인이 이수한 과목명, 학교, 연도, 학기 정확히 기입후 검색

검색

| 번호 | 법정 교과목명  | 심의대상 교과목명 | 학교명         | 전공학과           | 연도   | 인정여부 | 선택                                |
|----|----------|-----------|-------------|----------------|------|------|-----------------------------------|
| 1  | 장애아동의 이해 | 장애아동의 이해  | 한림대학교 일반대학원 | 언어병리청각학과 청각학전공 | 2022 | 인정   | <input type="button" value="선택"/> |
| 2  | 장애아동의 이해 | 장애아동의 이해  | 한림대학교       | 언어청각학부         | 2023 | 인정   | <input type="button" value="선택"/> |
| 3  | 장애아동의 이해 | 장애아동의 이해  | 우송대학교       | 언어치료청각재활학과     | 2023 | 인정   | <input type="button" value="선택"/> |
| 4  | 장애아동의 이해 | 장애아동의 이해  | 한림대학교 일반대학원 | 언어병리청각학과 청각학전공 | 2022 | 인정   | <input type="button" value="선택"/> |
| 5  | 장애아동의 이해 | 장애아동의 이해  | 한림대학교       | 언어청각학부         | 2022 | 인정   | <input type="button" value="선택"/> |

- '검색'에서 사전 인정 과목으로 조회되는 경우 우측 '선택' 클릭
- '검색'에서 사전 인정 과목으로 조회되지 않는 경우 이전 단계 심의대상 교과목명에 직접 기입(신규 신청)

12. 자격인정 신청서(신청 정보)를 작성합니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면 입니다.

이수과목(공동선택)

각 영역별 신청학력 학점에 맞춰 '+' 눌러 과목 추가

+ 추가

| 법정 교과목명                                                         | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명 | 이수 학교명 | 학점   | 성적 |    |
|-----------------------------------------------------------------|---------------|-----------|--------|------|----|----|
| 아동발달                                                            | 아니오           |           | 발달대학교  | 3    | A+ | 삭제 |
| 법정교과목명과 성적증명서 상 이수한 교과목명이 100% 일치하는 경우<br>→ 유사교과목 심의요청 "아니오" 체크 |               |           |        | 총 학점 | 3  |    |

13. 1개의 법정 교과목에 2개 이상의 이수과목(ex. Ⅰ,Ⅱ 과목)을 신청하는 경우, 유사교과목 심의 신청 방법을 안내드립니다.

## 유사교과목 심의 신청(복수기입) 방법

※ 1개의 법정 교과목에 1개의 이수 교과목을 신청하는 것이 원칙이나, 이수 교과목이 Ⅰ,Ⅱ 로 분리되어 진행된 경우에는 아래와 같이 신청

| 법정 교과목명     | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명              | 이수 학교명               | 학점                   | 성적                   |                                   |
|-------------|---------------|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|
| 아동운동 재활학 ▼  | 예 ▼           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="삭제"/> |
| 1. 심의요청 "예" |               | 2. 교과목명에 "A과목 Ⅰ,Ⅱ"로 기입 | 3. Ⅰ,Ⅱ 과목 합한 학점      |                      | 4. Ⅰ 학점/ Ⅱ 학점        |                                   |

### <예시>

| 법정 교과목명    | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명 | 이수 학교명               | 학점 | 성적  |                                   |
|------------|---------------|-----------|----------------------|----|-----|-----------------------------------|
| 아동운동 재활학 ▼ | 예 ▼           | A과목 Ⅰ, Ⅱ  | <input type="text"/> | 3  | 2/2 | <input type="button" value="삭제"/> |

#### 14. 자격인정 신청서(신청 정보)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면 입니다.

#### 이수과목(전공필수)

| 법정 교과목명  | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명 | 이수 학교명 | 학점          | 성적       |    |
|----------|---------------|-----------|--------|-------------|----------|----|
| 아동정각학    | 아니오           |           | 발달대학교  | 2           | A+       | 삭제 |
| 청능재활     | 아니오           |           | 발달대학교  | 2           | A+       | 삭제 |
| 청능재활실습   | 아니오           |           | 발달대학교  | 2           | A+       | 삭제 |
| 청성유발전위평가 | 아니오           |           | 발달대학교  | 2           | A+       | 삭제 |
|          |               |           |        | <b>총 학점</b> | <b>8</b> |    |

#### 이수과목(전공선택)

| 법정 교과목명    | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명 | 이수 학교명 | 학점          | 성적        |    |
|------------|---------------|-----------|--------|-------------|-----------|----|
| 행동청능평가     | 아니오           |           |        |             |           |    |
| 행동청능평가실습   | 예             | 발달실습      |        |             |           |    |
| 청성유발전위평가실습 | 예             | 재활실습      |        |             |           |    |
| 보청기평가및적합   | 아니오           |           |        |             |           |    |
| 보청기평가및적합실습 | 아니오           |           |        |             |           |    |
| 청각보조기기     | 예             | 발달보조      |        |             |           |    |
| 청각학개론      | 아니오           |           |        |             |           |    |
| 수화         | 아니오           |           | 발달대학교  | 3           | A+        | 삭제 |
| 의사소통강개론    | 아니오           |           | 발달대학교  | 3           | A+        | 삭제 |
| 중추청각처리장애평가 | 아니오           |           | 발달대학교  | 3           | A+        | 삭제 |
|            |               |           |        | <b>총 학점</b> | <b>30</b> |    |

### 기준에 맞춰 과목 추가 후 신청 학점 확인

- 대학교: 총 42학점  
(공통영역 6학점, 전공영역 36학점 이상)

- 대학원: 총 21학점  
(공통영역 3학점, 전공영역 18학점 이상)

※ 각 영역별 필수과목은 포함



## 15. 자격인정 신청서(서류 첨부)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면 입니다.

#### 첨부파일

\* 공지된 서류 외 다른 대체 서류 불가(양식 엄수)

|                                                     |                                                                                                                  |             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <p>✓ 최종학력 증명서<br/>(학위기, 학위증, 스캔어플 및 사진촬영 파일 불가)</p> | <p><b>1</b></p> <p>여기에 파일을 드레그하세요.<br/>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다.</p> <p><b>해당하는 서류 첨부</b></p>                | <p>파일첨부</p> |
| <p>✓ 성적 증명서<br/>(스캔어플 및 사진촬영 파일 불가)</p>             | <p>여기에 파일을 드레그하세요.<br/>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다.</p>                                                         | <p>파일첨부</p> |
| <p>✓ 실습확인서<br/>(스캔어플 및 사진촬영 파일 불가)</p>              | <p><b>2</b></p> <p>여기에 파일을 드레그하세요.<br/>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다.</p> <p><b>경력증명서로 대체 시 경력증명 관련 서류 첨부</b></p> | <p>파일첨부</p> |
| <p>✓ 증명사진(3X4)</p>                                  | <p>여기에 파일을 드레그하세요.<br/>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다.</p>                                                         | <p>파일첨부</p> |
| <p>기타(강의계획서는 다음 화면에서 입력합니다.)</p>                    | <p>여기에 파일을 드레그하세요.<br/>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다.</p>                                                         | <p>파일첨부</p> |

## 16. 자격인정 신청서(약관 및 개인정보 동의)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 작성

교과목 이수 자격인정 신청서 작성 화면입니다.

#### 이용 약관

##### 제1장 총칙

##### 제1조 (목적)

이 약관은 주식회사 중앙장애아동·발달장애인지원센터(이하 "회사"라고 함)가 발달재활서비스 자격관리사업 홈페이지(<https://www.broso.or.kr/cert>, 이하 "사이트"라고 함)를 통하여 제공하는 모든 제공인력 자격인정 서비스(이하 "서비스"라고 함)를 이용하는 고객(이하 "이용자"라고 함)과 당 사이트가 서비스의 이용에 관한 사항을 전기통신 사업법 및 동 시행령과 "개인정보보호법"에서 정하는 바를 준수하고 약정하는 것을 그 목적으로 합니다.

##### 제2조 (유대적인)

☐ 위 내용을 읽고 동의합니다.

#### 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

발달재활서비스 자격관리사업 홈페이지(<https://www.broso.or.kr/cert>)는 보건복지부로부터 한국장애인개발원 중앙장애아동·발달장애인지원센터가 위탁 운영하고 있는 「발달재활서비스 자격관리 사업단」의 시스템으로 모든 개인정보는 관련 법령에 근거하여 수집·보유 및 처리되고 있습니다. 「개인정보 보호법」은 이러한 개인정보의 취급에 대한 일반적인 규범을 제시하고 있으며, 중앙장애아동·발달장애인지원센터에서는 이러한 법령의 규정에 따라 수집·보유 및 처리하는 개인정보를 공공업무의 적절한

☐ 위 내용을 읽고 동의합니다.

약관 및 개인정보 동의 체크 후 "다음" 클릭  
("다음" 클릭 시 신청 정보 저장)

다음

목록

## 17. 자격인정 신청서(유사교과목 심의요청서)를 작성합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면입니다.

#### 이수과목(전공선택)

- \* 성적증명서 상 교과목명, 학점, 성적을 기입해주시기 바랍니다.
- \* 유사교과목을 신청한 경우 하단 '유사교과목 심의요청서'란을 필수로 입력하여 주시기 바랍니다.
- \* 서류점검 결과에 대한 문자를 받으면 '홈페이지 메인>자격신청 결과조회' 에서 결과를 확인해 주시기 바랍니다.

| 법정 교과목명       | 유사교과목<br>심의요청 | 심의대상 교과목명 | 이수 학교명 | 학점 | 성적 | 유사교과목<br>심의요청서 | 심의상태 | 서류점검<br>결과 |
|---------------|---------------|-----------|--------|----|----|----------------|------|------------|
| 행동형능평가        | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 행동형능평가실습      | 예             | 발달실습      | 발달대학교  | 3  | A+ | 등록             | 대기   | -          |
| 청성유발전위평가실습    | 예             | 재활실습      | 발달대학교  | 3  | A+ | 등록             | 대기   | -          |
| 보청기평가및적합      | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 보청기평가및적합실습    | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 청각보조기기        | 예             | 발달보조      | 발달대학교  | 3  | A+ | 등록             | 대기   | -          |
| 청각학개론         | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 중추청각처리장애평가및재활 | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 의사소통장애개론      | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |
| 수화            | 아니오           | -         | 발달대학교  | 3  | A+ | -              | -    | -          |

유사교과목 심의 요청을 한 과목에 한하여  
'등록' 버튼을 눌러 강의계획서를 첨부  
(사전 인정 과목 포함 모두 진행)

총 학점 30



## 나. 유사교과목 심의 관련 서류 제출 절차 예시

1. 이전 회기 인정 과목을 유사교과목 심의 신청하는 경우, 신청 방법을 안내드립니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면입니다.

#### 유사교과목 심의 요청

##### 심의 교과목 정보

|            |                    |                                                              |          |       |
|------------|--------------------|--------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 법정 교과목명    | 청각보조기기             |                                                              |          |       |
| ✓ 심의대상교과목명 | 발달보조               | 1                                                            | ✓ 이수학교명  | 발달대학교 |
| 2          | ✓ 전공학과선택           | <input type="radio"/> 전공 <input checked="" type="radio"/> 학과 | ✓ 전공/학과명 |       |
| ✓ 학점       | 3                  | ✓ 성적                                                         |          |       |
| ✓ 연도       | 선택                 | ✓ 학기                                                         | 1        |       |
| ✓ 담당교수명    |                    |                                                              |          |       |
| 3          | ✓ 요청사유<br>(교과목 내용) |                                                              |          |       |

##### 첨부파일

|   |                                     |                                                  |      |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| 4 | ✓ 성적 증명서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |
|   | ✓ 강의 계획서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |

### 유사교과목 심의 신청(사전 인정된 과목) 방법

1. 신청 교과목을 이수한 학교를 기입 요망  
(대학원의 경우, 졸업/성적증명서를 기준으로  
"○○대학교 ○○대학원" 으로 기입 요망.
2. 전공/학과를 선택하고, 졸업/성적증명서를 기준  
으로 정확한 명칭을 기입 요망  
(학과·전공까지 기입/ ex. 미술치료학과).
3. 이전 회기 인정(홈페이지 "유사교과목 인정과목  
조회" 에서 확인 가능한 경우)된 과목의 사유:  
"이전 회기 유사교과목 심의되어 인정된 과목  
입니다" 로 기입.
4. 이전 회기 인정된 과목의 경우, 강의계획서 란에  
성적증명서를 첨부하여 파일을 대체 가능  
(강의계획서 첨부 대신 성적증명서 첨부 가능).

2. 신규로 유사교과목 심의를 신청하는 경우, 신청 방법을 안내드립니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면 입니다.

### 유사교과목 심의 요청

#### 심의 교과목 정보

|                    |          |                                                              |          |       |
|--------------------|----------|--------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 법정 교과목명            | 청각보조기기   |                                                              |          |       |
| ✓ 심의대상교과목명         | 발달보조     | 1                                                            | ✓ 이수학교명  | 발달대학교 |
| 2                  | ✓ 전공학과선택 | <input type="radio"/> 전공 <input checked="" type="radio"/> 학과 | ✓ 전공/학과명 |       |
| ✓ 학점               | 3        | ✓ 성적                                                         |          |       |
| ✓ 연도               | 선택       | ✓ 학기                                                         | 1        |       |
| ✓ 담당교수명            |          |                                                              |          |       |
| ✓ 요청사유<br>(교과목 내용) |          |                                                              |          |       |

#### 첨부파일

|                                     |                                                  |      |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| ✓ 성적 증명서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |
| ✓ 강의 계획서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |

### 유사교과목 심의 신청(신규 신청) 방법

1. 신청 교과목을 이수한 학교를 기입  
(대학원의 경우, 졸업/성적증명서를 기준으로  
"○○대학교 ○○대학원" 으로 기입 요망).
2. 전공/학과를 선택하고, 졸업/성적증명서를 기준  
으로 정확한 명칭을 기입 요망  
(학과·전공까지 기입/ ex. 미술치료학과).

※ 첨부파일(강의계획서 등) 업로드 시,  
해당 신청 교과목에 대한 서류만 첨부.

3. 1개의 법정 교과목에 2개 이상의 이수과목(ex. I, II 과목)을 신청하는 경우, 유사교과목 심의 신청 방법을 안내드립니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면 입니다.

### 유사교과목 심의 요청

#### 심의 교과목 정보

|                      |                                                              |          |       |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 법정 교과목명              | 청각보조기기                                                       |          |       |
| ✓ 심의대상교과목명           | 발달보조                                                         | ✓ 이수학교명  | 발달대학교 |
| ✓ 전공학과선택             | <input type="radio"/> 전공 <input checked="" type="radio"/> 학과 | ✓ 전공/학과명 | I     |
| ✓ 학점                 | 3                                                            | ✓ 성적     |       |
| ✓ 연도                 | 선택                                                           | ✓ 학기     | 1     |
| ✓ 담당교수명              |                                                              |          |       |
| 1 ✓ 요청사유<br>(교과목 내용) |                                                              |          |       |

#### 첨부파일

|                                       |                                                  |      |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| ✓ 성적 증명서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가)   | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |
| 2 ✓ 강의 계획서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |

### 유사교과목 심의 신청(복수기입) 방법

1. 요청사유 란에 이수과목을 중복기입  
(ex. A과목 I, II)하여 신청함을 명시하고,  
과목 각각의 학점과 성적을 기입.
2. 신청하는 과목의 강의계획서  
(ex. A과목 I, II)를 모두 첨부.

4. 발달재활서비스 교육과정 운영학과(『21년도 관련학과 인정』)신청자의 경우, 유사교과목 심의 신청 방법을 안내드립니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면 입니다.

### 유사교과목 심의 요청

#### 심의 교과목 정보

|            |                                                              |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| 법정 교과목명    | 청각보조기기                                                       |
| ✓ 심의대상교과목명 | 발달보조                                                         |
| ✓ 전공학과선택   | <input type="radio"/> 전공 <input checked="" type="radio"/> 학과 |
| ✓ 학점       | 3                                                            |
| ✓ 연도       | 선택                                                           |
| ✓ 담당교수명    |                                                              |

|   |                    |                  |
|---|--------------------|------------------|
| 2 | ✓ 요청사유<br>(교과목 내용) | 최종교육과정 편성 학과입니다. |
|---|--------------------|------------------|

#### 첨부파일

|   |                                     |                                                  |      |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| 3 | ✓ 성적 증명서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |
|   | ✓ 강의 계획서<br>(스캔어플 및 사진<br>촬영 파일 불가) | 여기에 파일을 드레그하세요.<br>첨부파일은 1개당 20MB 미만으로 등록 가능합니다. | 파일첨부 |

## 발달재활서비스 교육과정 운영학과 신청 방법

1. 유사교과목 심의요청 창에서  
'이수학교명, 전공/학과명' 입력.
2. 요청사유 '최종교육과정 편성 학과' 작성.
3. 첨부파일 성적증명서 및 강의계획서 첨부란에  
각각 성적증명서 첨부 후 신청 요망.

➔

4

저장

닫기

4. "저장" 버튼을 클릭하여야  
해당 과목 신청이 완료됨.

## 다. 최종 서류 검토 및 제출 절차 예시

1. 작성한 자격인정 신청서를 검토합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면입니다.

#### 진행정보

|      |    |      |   |
|------|----|------|---|
| 진행상태 | 대기 | 신청일자 | - |
| 접수번호 | -  | 접수일자 | - |

|   |    |   |    |   |    |    |
|---|----|---|----|---|----|----|
| 1 | 신청 | 2 | 수정 | 3 | 삭제 | 목록 |
|---|----|---|----|---|----|----|

1. "신청" 버튼을 클릭하면, 자가점검표 체크 후 신청서를 최종 제출 가능
2. "수정" 버튼을 클릭하면, 작성한 신청서 정보를 수정할 수 있는 화면으로 이동
3. "삭제" 버튼을 클릭하면, 해당 작성 신청서의 정보가 삭제됨



## 2. 자격인정 신청 자가점검표를 체크하고, 신청서를 최종 제출합니다.

### 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면입니다.

#### 자가점검표

##### 교과목 이수 자가점검표

| 번호 | 점검항목                                                          | 예                                | 아니오                   |
|----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1  | 대학 또는 대학원으로 분리 신청했다.                                          | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2  | 대학신청한 과목의 개수와 학점이 인증받고자 하는 전공 영역의 자격기준을 충족한다.                 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3  | 과목 당 최대 인정학점을 3학점으로 계산했다.                                     | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4  | 기입한 심의대상 교과목명이 성적증명서의 과목명과 일치한다(외래어 표기, 띄어쓰기 등).              | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5  | 이수한 과목을 한 번만 기입하였다(과목 중복 기입 시 해당 과목 모두 반려).                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6  | 최종졸업증명서를 제출했다(학위기·학위증 등의 서류 인정 불가, 졸업증명서 또는 학위수여증명서로 제출)      | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7  | 기입한 과목에 해당하는 모든 성적증명서를 첨부했다(시간제 등록 등의 경우 국가평생교육진흥원 성적증명서 제출). | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8  | 도장이 필요한 서류(졸업증명서, 성적증명서, 실습확인서 등)에 모두 도장이 기입 되어 있다.           | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9  | 인증을 신청한 영역의 실습확인서 양식을 준수하여 제출했다.                              | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | 6개월 이내 발급서류를 제출하였다(실습확인서 제외).                                 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | A4크기에 맞게 서류를 제출했다(1면에 1페이지 준수, 모아찍기 불가).                      | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | 제출한 서류의 내용이 식별 가능하다.                                          | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | 전체적으로 오기입을 확인했다(숫자표기, 특수문자 등).                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | 성적증명서에 형광펜으로 신청 과목을 체크했다.                                     | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | 최종 제출 전 첨부파일을 전체적으로 확인했다.                                     | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 자가점검표

##### 유사교과목 자가점검표

| 번호 | 점검항목                                                                          | 예                                | 아니오                   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 1  | 유사교과목 심의 요청 시, 신청 회기의 안내문을 숙지한 후 신청을 진행하였다.                                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2  | 기입한 심의대상 교과목명이 성적증명서의 과목명과 일치한다(외래어 표기, 띄어쓰기 등).                              | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3  | 신청한 과목이 이전 회기 심의 결과 인정된 과목의 명칭, 학교, 학과, 연도와 일치하는지 확인하였다(이전 회기 불인정 과목 재신청 불가). | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4  | 유사교과목 심의 요청 자료의 진위여부 확인 요소를 포함하였다(원본대조 필 등).                                  | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5  | A4크기에 맞게 강의계획서를 제출했다(1면에 1페이지 준수, 모아찍기 불가).                                   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6  | 파일 첨부 시 각 신청 과목에 해당하는 자료만 첨부하였다.                                              | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7  | 제출한 강의계획서의 내용이 식별 가능하다.                                                       | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8  | 주차별 강의계획서(중간·기말고사 포함 15주 이상) 내용이 기입되어 있다.                                     | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9  | 최종제출한 강의계획서에 기입된 이수시기와 성적증명서 상 과목 이수 시기가 일치한다.                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | 한 개의 법정 교과목에 하나의 이수과목을 신청하였다(Ⅰ, Ⅱ로 나뉜 과목은 함께 신청 가능).                          | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | 전체적으로 오기입을 확인했다(숫자표기, 특수문자 등).                                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | 최종 제출 전 첨부파일을 전체적으로 확인했다.                                                     | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

저장

닫기

작성한 서류를 재검토하고, 자가점검표를 체크한 뒤 “저장” 버튼을 클릭

3. 자격인정 신청 자가점검표를 체크하고, 신청서를 최종 제출합니다.

## 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면 입니다.

확인



신청서를 제출 하시겠습니까?

제출된 신청서는 수정 및 삭제 하실 수 없습니다.  
위 내용을 '동의' 하시겠습니까?

1

예

2

아니오

1. 다음의 화면에서 “예”를 클릭하면, 신청서가 최종 제출되어 이후 수정 및 보완 등이 불가
2. “아니오”를 클릭하면, 이전 화면으로 되돌아 감
3. 반드시 신청서 내 제출서류를 모두 재확인 하신 후 자가점검표 검토 후 문제가 없을 시 “예 ” 를 눌러 최종 제출 요망 (최종 제출 후 수정 및 보완 불가)
4. 신청서를 제출하시겠습니까? 팝업창에서 “예” 선택하면 제출이 완료되므로 수정 불가  
\*결과 조회 시, 상태가 ‘대기’로 되어있는 경우, “예 ” 를 눌러 신청완료 한 후, 재신청한 것이므로 관리자에게 접수가 되지 않음

**참고****교과목 이수자 자격인정 신청서 자가 점검 항목**

[표 5-1] 교과목 이수자 자격인정 신청서 자가 점검 항목

| 번호 | 항목                                                             |
|----|----------------------------------------------------------------|
| 1  | 대학 또는 대학원으로 분리 신청했다.                                           |
| 2  | 신청한 과목의 개수와 학점이 인정받고자 하는 제공 영역의 자격기준을 충족한다.                    |
| 3  | 과목 당 최대 인정학점을 3학점으로 계산했다.                                      |
| 4  | 기입한 심의대상 교과목명이 성적증명서의 과목명과 일치한다(외래어 표기, 띄어쓰기 등).               |
| 5  | 이수한 과목을 한 번만 기입하였다(과목 중복 기입 시 해당 과목 모두 반려).                    |
| 6  | 최종졸업증명서를 제출했다(학위기·학위증 등의 서류 인정 불가, 졸업증명서 또는 학위수여증명서로 제출)       |
| 7  | 기입한 과목에 해당하는 모든 성적증명서를 첨부했다(시간제 등록 등의 경우 국가 평생교육진흥원 성적증명서 제출). |
| 8  | 도장이 필요한 서류(졸업증명서, 성적증명서, 실습확인서 등)에 모두 도장이 기입되어 있다.             |
| 9  | 인정을 신청한 영역의 실습확인서 양식을 준수하여 제출했다.                               |
| 10 | 6개월 이내 발급서류를 제출하였다(실습확인서 제외).                                  |
| 11 | A4크기에 맞게 서류를 제출했다(1면에 1페이지 준수, 모아 찍기 불가).                      |
| 12 | 제출한 서류의 내용이 식별 가능하다.                                           |
| 13 | 전체적으로 오기입을 확인했다(숫자표기, 특수문자 등).                                 |
| 14 | 성적증명서에 형광펜으로 신청 과목을 체크했다.                                      |
| 15 | 최종 제출 전 첨부파일을 전체적으로 확인했다.                                      |





## 제6장

## 자격신청 결과통보 및 조회 방법

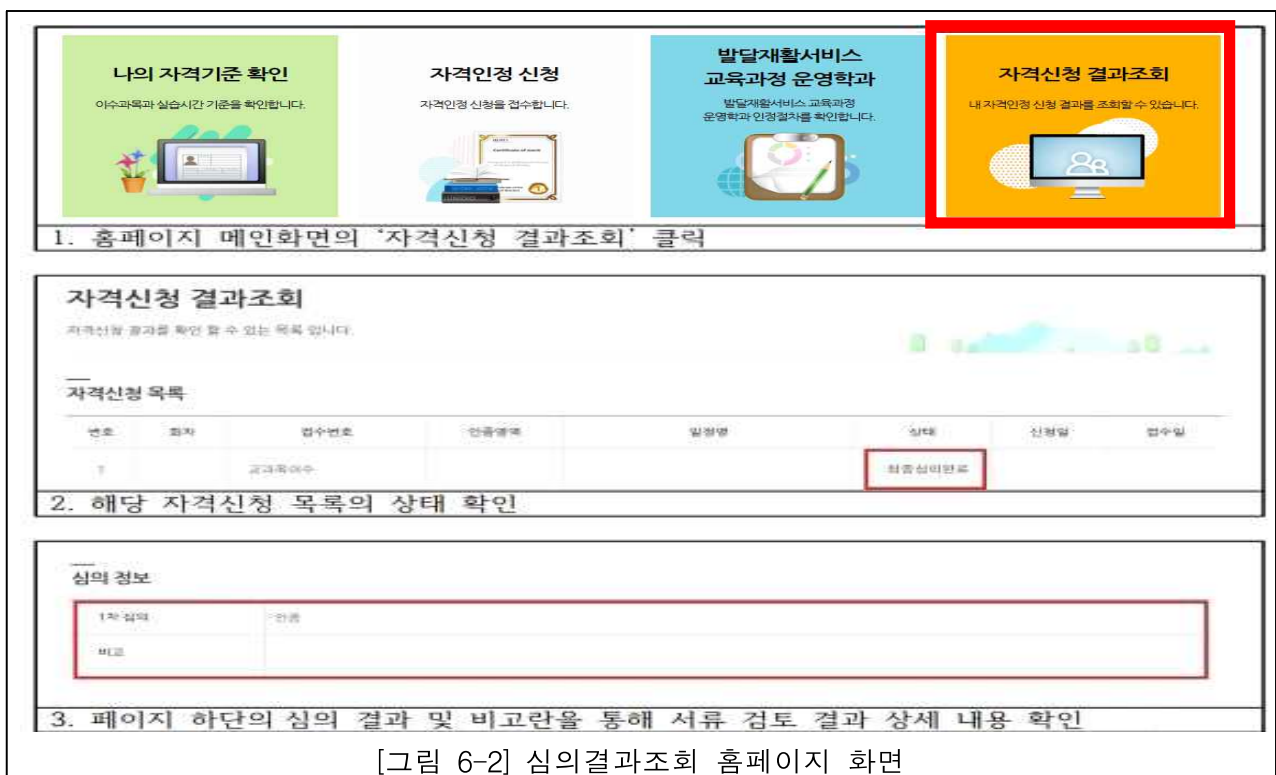
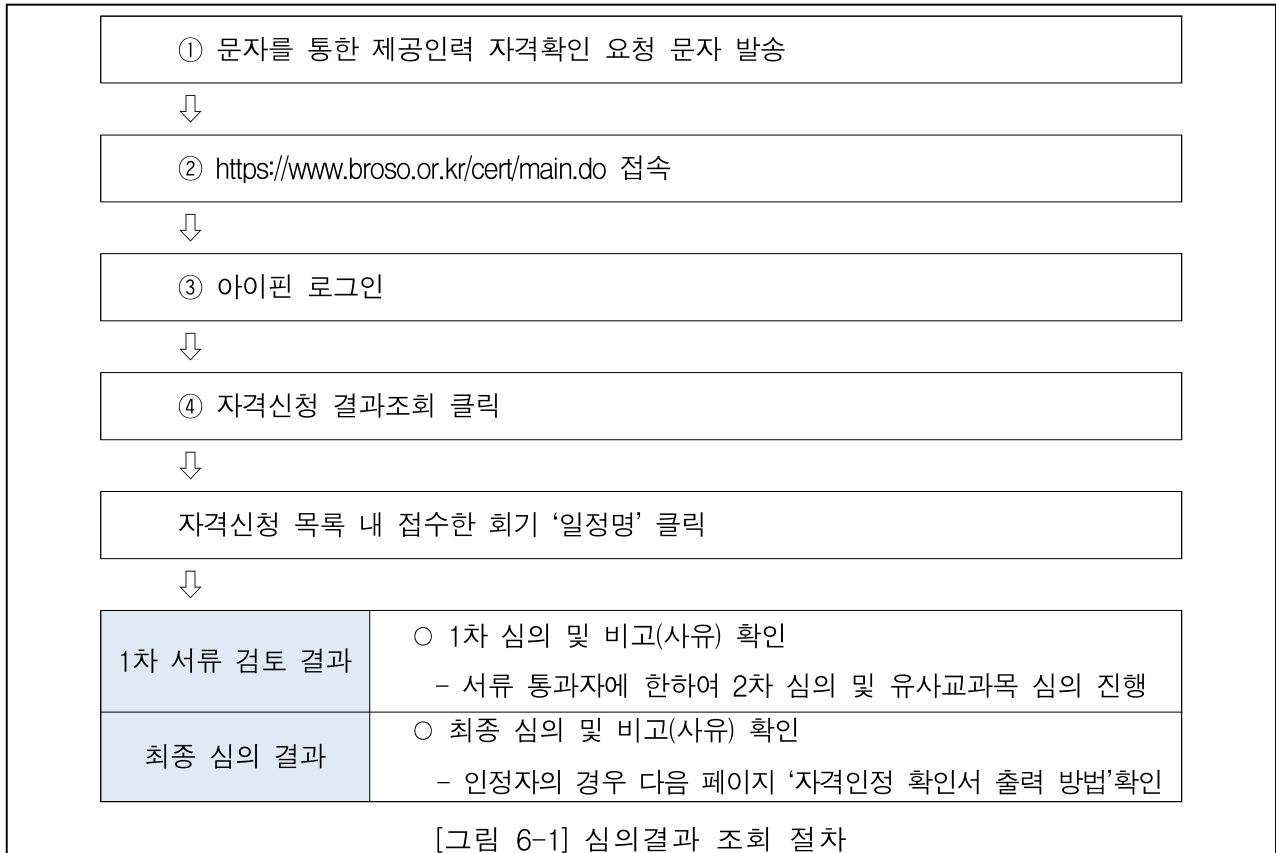
---



## VI

## 자격신청 결과통보 및 조회 방법

### □ 심의결과 조회 절차



## □ 자격인정 확인서 출력 방법

1. 홈페이지 상단의 “로그인” 버튼 클릭합니다.

2. “I-PIN 인증하기”버튼을 누르고, 민간 아이핀 로그인을 진행합니다.

### 3. 홈페이지 메인에서 “자격신청결과조회”을 클릭합니다.

중앙장애인복지발달장애인지원센터  
발달재활서비스 자격관리사업

사업소개 인정기준 자격인정방법 운영학과 인정 신청 열린광장

발달재활서비스  
제공인력의 전문성이 높아집니다!

고시이전(2018.9.12.) 발달재활서비스 관련 민간자격증을 소지하였거나  
관련학과+경력 1,200시간(발달재활서비스)이 있는 경우에는  
21년 9월 12일까지 한국보건복지인력개발원에서 전환교육 30시간 수료한 후  
23년 9월 12일까지 발달재활서비스 제공인력(전환교육수료자) 자격확인을 받으셔야 합니다

주요 메뉴

나의 자격기준 확인  
이수과목과 실습시간 기준을 확인합니다.

자격인정 신청  
자격인정 신청을 접수합니다.

발달재활서비스  
교육과정 운영학과  
클릭

자격신청 결과조회  
내 자격인정 신청 결과를 조회할 수 있습니다.

### 4. 자격신청 결과조회에서 “일정명”을 클릭합니다.

중앙장애인복지발달장애인지원센터  
발달재활서비스 자격관리사업

사업소개 인정기준 자격인정방법 제공영역 신설/변경 열린광장

자격신청 결과조회

## 자격신청 결과조회

자격신청 결과를 확인 할 수 있는 목록입니다.

### 자격신청 목록

| 번호 | 회차     | 접수번호             | 인증영역   | 일정명                                                | 상태     | 신청일        | 접수일        |
|----|--------|------------------|--------|----------------------------------------------------|--------|------------|------------|
| 1  | 2021-7 | 전환교육-2021-7-0525 | 놀이심리재활 | 전환교육 자격인증<br>(2021-03-08 09:00 ~ 2021-03-19 23:00) | 1차심의   | 2021-03-19 | 2021-03-22 |
| 2  | 2021-7 | 전환교육-2021-7-0524 | 음악재활   | 전환교육 자격인증<br>(2021-03-08 09:00 ~ 2021-03-19 23:00) | 최종심의완료 | 2021-03-19 | 2021-03-22 |
| 3  | 2021-7 | 전환교육-2021-7-0523 | 미술재활   | <b>일정명 클릭</b>                                      | 반려     | 2021-03-19 | 2021-03-22 |

※ 인정자에 한하여 첫 조회 시, 만족도 조사 이후 결과 확인 가능

## 5. 자격인정 신청서 정보에서 “자격인정 확인서”를 클릭합니다.

중앙장애인·발달장애인지원센터  
발달재활서비스 자격관리사업

사업소개    인정기준    운영학과 인정 신청    자격인정방법    열린광장

홈 > 자격신청 결과조회 > 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

### 교과목 이수 자격인정 신청서 정보

교과목 이수 자격인정 신청서 정보 화면 입니다.

—  
자격인정 정보

|        |              |       |            |
|--------|--------------|-------|------------|
| 자격인정번호 | 2023-S070628 | 자격취득일 | 2023-05-17 |
|--------|--------------|-------|------------|

자격인정 확인서

← 클릭

목록

## 6. 자격인정 신청서 정보에서 “자격인정 확인서”를 클릭합니다

발급용도 등록

1

발급용도

2 저장

닫기

웹 페이지 메시지

!

저장 되었습니다.

4

확인

웹 페이지 메시지

×

입력하신 발급용도로 자격인증 확인서를 발급 하시겠습니까?

3

☐ 이 페이지에서 추가 메시지를 만들도록 허용하지 않음

확인

취소

※ 발급용도 기입 (ex. 기관제출용) > 저장 > 확인 > 확인

## 제7장

## 자격인정 결과 관련 이의신청 안내

---





## 1. 이의신청 대상

- 심의 오류로 인해 ‘자격인정 결과 미인정’, ‘유사교과목 심의 결과 미인정’ 되어 해당 결과에 대한 명확한 이의신청 사유가 있는 경우 근거서류 제출과 함께 이의신청 가능

## 2. 이의신청 신청 방법

### 가. 1차 서류 검토 결과 이의신청 방법

- 심의과정에서 통과요건을 충족함에도 행정상의 오류로 인해 미통과 처리된 경우 개인별로 진행 가능
- 홈페이지 내 ‘열린광장 > [교과목] 서류검토결과 이의신청’ 게시판 내 게시물 작성
- 첨부된 [서식]을 준수하여 이의신청과 증빙자료 첨부 후 신청

※ 통보일로부터 1주 이내

### 나. 자격인정 결과 이의신청 방법

- 심의과정에서 인정요건을 충족함에도 자격관리위원회의 심의 오류로 인해 미인정 처리된 경우 개인별로 진행 가능
- 홈페이지 내 ‘열린광장 > [교과목] 최종심의결과 이의신청’ 게시판 내 게시물 작성
- 첨부된 [서식]을 준수하여 이의신청과 증빙자료 첨부 후 신청

※ 통보일로부터 2주 이내

### 다. 유사교과목 심의 결과 이의신청 방법

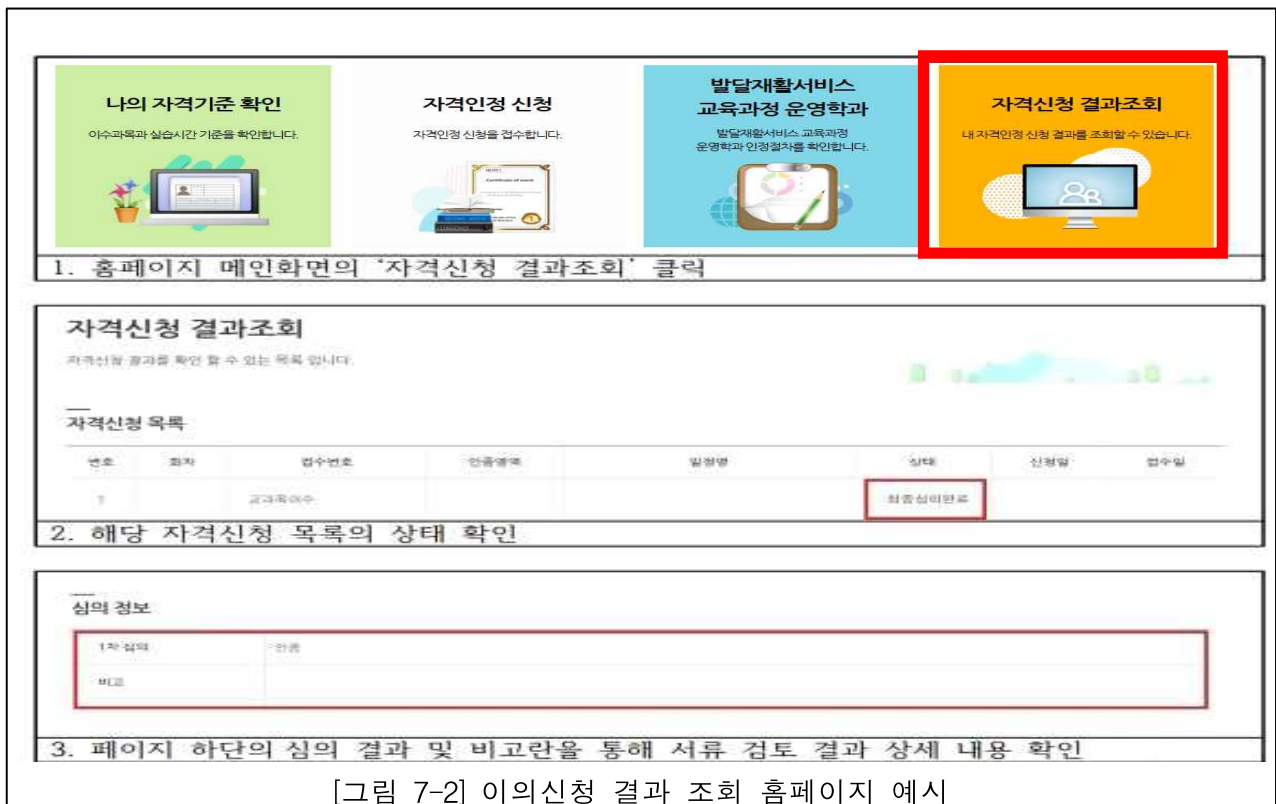
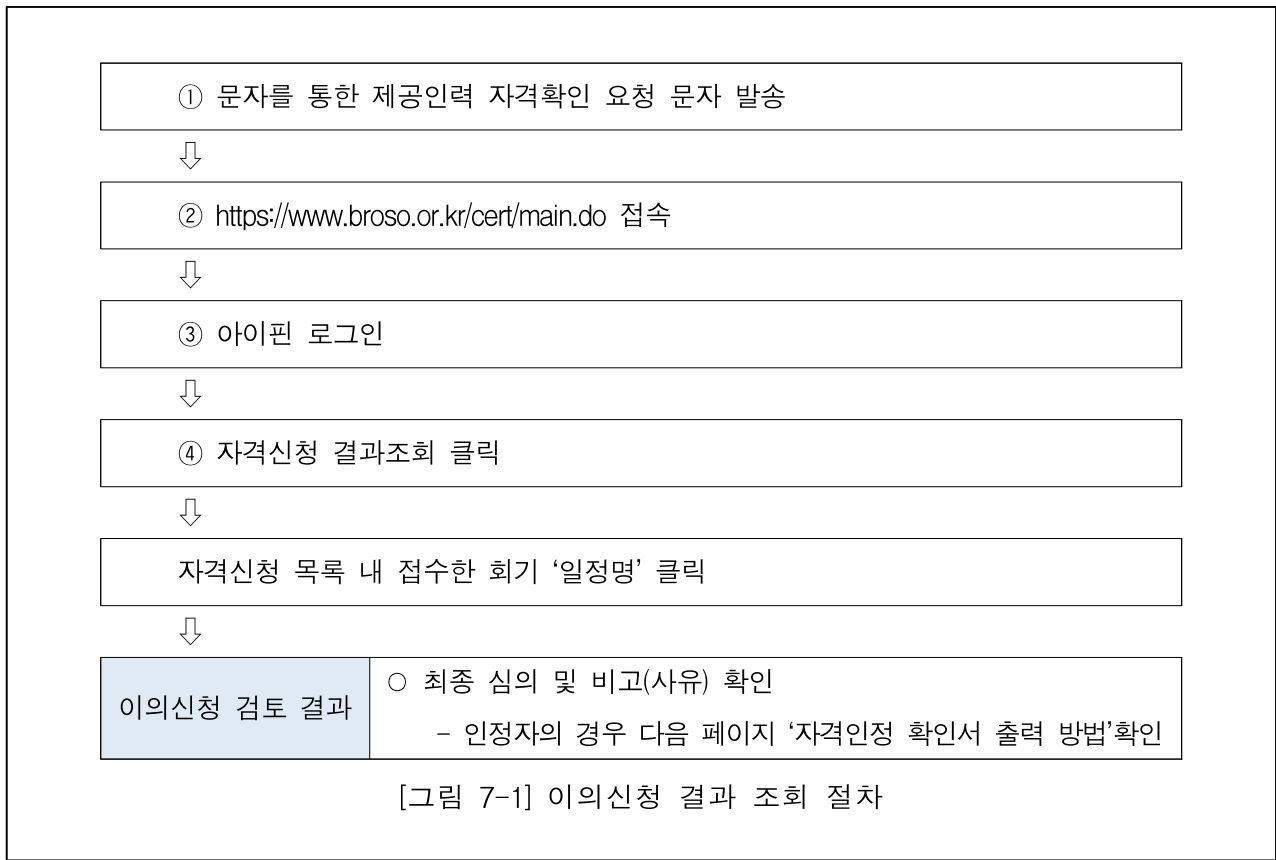
- 유사교과목 심의 결과 ‘미인정’ 된 과목에 대해 자격관리위원회의 검토 오류 또는 법정 교과목과의 60% 이상의 유사성을 입증 가능한 경우 학교 및 학과에서 진행 가능
- 홈페이지 내 ‘열린광장 > [교과목] 최종심의결과 이의신청’ 게시판 내 게시물 작성
- 첨부된 [서식] 및 작성 예시를 준수하여 신청

※ 통보일로부터 2주 이내

## 3. 유의사항

- 자격관리위원회의 심의 오류가 아닌, 개인의 자격인정 신청 오류 등으로 인한 미인정 요인 관련 상담 불가
- 홈페이지 > 열린광장 > 자료실 > [교과목 이수자] 발달재활서비스 자격인정 서류 검토 결과 미통과 사유 안내‘ 게시물을 참고하여 미인정 사유 확인 요망
- 심의 결과에 대한 오류를 증명할 수 없는 경우 안내받은 미인정 항목 이외에도 모든 요소를 재점검하고 신청 회기의 안내사항을 숙지하여 신청 요망

## 4. 이의신청 결과조회 방법



[서식 7-1] 발달재활서비스 제공인력 자격인정 이의 신청서(※ 개인 신청)

| 발달재활서비스 제공인력 자격인정 이의 신청서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|----------|--|----------|---------|----------------|--|----------------|--|
| 접수번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |  |          |  |          | 이름      |                |  |                |  |
| 연락처                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |  |          |  |          | 이메일     |                |  |                |  |
| 해당하는 곳에 ○표 하세요                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| 인정구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 교과목 인정                                           |  |          |  |          | 전환교육 인정 |                |  |                |  |
| 인정<br>신청영역                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 청능<br>재활                                         |  | 음악<br>재활 |  | 행동<br>재활 |         | 감각<br>발달<br>재활 |  | 미술<br>심리<br>재활 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 놀이<br>심리<br>재활                                   |  | 심리<br>운동 |  | 재활<br>심리 |         | 운동<br>발달<br>재활 |  | /              |  |
| 신청사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | < 이의 신청 사유 >                                     |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | < 이의 신청 사유를 증명하는 상세 첨부 서류 목록 ><br>1.<br>2.<br>3. |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| 위와 같이 자격인정 결과에 대한 이의 신청을 요청합니다.<br><br>이의 신청자 (서명 또는 인)<br><br>발달재활서비스 자격관리위원회 귀중                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| 첨부서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 이의 신청 사유를 증명할 수 있는 서류                            |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| 처리절차(14일 이상 소요)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">신청서 작성<br/>(신청인)</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">접수</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">재검토</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">자격관리위원회<br/>심의 및 의결</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">이의 신청<br/>결과 통보</div> </div> |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| ※ 처리 기간은 진행 상황에 따라 조정될 수 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |
| □ 개별적으로 심의결과를 통보하였으므로, 미인정 사유를 확인 및 검토하시기 바랍니다.<br>□ 이의 신청은 자격관리위원회의 심의 오류로 인한 명확하고 정당한 사유를 증명하지 못할 경우, 신청하실 수 없습니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |  |          |  |          |         |                |  |                |  |

[서식 7-2] 유사교과목 심의 결과 이의 신청서(※ 학교 및 학과 신청)

| 유사교과목 심의 결과 이의 신청서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                         |                               |                               |                                 |                               |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------|
| 신청<br>기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 학교명                                                                                                                     |                               |                               | 학과(학부)                          |                               |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 학과장                                                                                                                     | 성명                            |                               | 연락처                             | TEL                           | 학과)  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 신청자                                                                                                                     | 성명                            |                               |                                 | E-MAIL                        | 신청자) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                         | 직위                            | ※ 학과장, 교수                     |                                 |                               |      |
| 해당<br>영역                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 해당하는 곳에 ■표 하세요                                                                                                          |                               |                               |                                 |                               |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 감각발달재활                                                                                         | <input type="checkbox"/> 재활심리 | <input type="checkbox"/> 청능재활 | <input type="checkbox"/> 놀이심리재활 | <input type="checkbox"/> 음악재활 |      |
| 과목<br>정보                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 법정교과목명                                                                                                                  |                               |                               | 진행시기                            | 연도                            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 신청교과목명                                                                                                                  | ( 학점)                         |                               |                                 | 학기                            |      |
| 이의신청<br>사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ■ 이의 신청 사유                                                                                                              |                               |                               |                                 |                               |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                         |                               |                               |                                 |                               |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ■ 이의 신청 사유를 증빙할 수 있는 첨부서류 목록                                                                                            |                               |                               |                                 |                               |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.<br>2.<br>3.                                                                                                          |                               |                               |                                 |                               |      |
| <p>위와 같은 사유로, 유사교과목 심의 결과에 대한 이의 신청을 요청합니다.</p> <p style="text-align: right;">년      월      일</p> <p style="text-align: right;">학과장 (직인)</p> <p style="text-align: right;">신청 학교명 (직인)</p> <p style="text-align: center;"><b>발달재활서비스 자격관리위원회 귀중</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |                               |                               |                                 |                               |      |
| 첨부서류                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. 유사교과목 이의 신청 공문 1부<br>2. 이의신청 사유를 증빙할 수 있는 서류(해당 과목 강의계획서 1부, 기타 입증할 증빙자료 1부)<br>※ 이의 신청 관련 입증에 대한 책임은 학교 및 학과에 있습니다. |                               |                               |                                 |                               |      |
| 처리절차                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |                               |                               |                                 |                               |      |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">신청서 작성<br/>(신청인)</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">접수</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">재검토</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">자격관리위원회<br/>심의 및 의결</div> <div>→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">이의신청<br/>결과 통보</div> </div> <p>※ 유사교과목 심의 결과에 대한 이의 신청은 개인이 신청 불가하며, 학교 및 학과 차원에서 신청해야 함.</p> |                                                                                                                         |                               |                               |                                 |                               |      |

※ 첨부서류 미제출 시 이의신청 불가

