<한국사회복지사협회 공고 제2019-3호>

2019년도 하반기 사회복지현장실습기관 선정 공고 계획

「기관실습 실시기관 선정 및 선정취소 등 사회복지현장실습 운영에 관한 고시」에 따라 "2019년도 하반기 사회복지현장실습기관 선정 계획"을 다음과 같이 공고합니다.

2019년 11월 12일

한국사회복지사협회장

Ⅰ. 목적

○ 사회복지현장실습기관의 지속적인 질 관리를 통해 **사회복지 현장에서 요구하는 사회복지사를 양성** 할 수 있는 체계 구축

Ⅱ. 근거

○ **사회복지사업법 시행규칙 제3조제2항**('19.개정, '20.1.1 시행)

○ **기관실습 실시기관 선정 및 선정취소 등 사회복지현장실습 운영에 관한 고시**('19.11.14. 시행)

Ⅲ. 주요내용

○ 2020년 1월 1일부터 사회복지현장실습을 운영하기 위해서는 아래 선정 요건을 갖춘 후 보건복지부장관의 선정을 받아야 함

- 사회복지사업을 수행하는 기관, 법인, 시설 또는 단체일 것

- 실습지도자 자격을 가진 사회복지사가 2명이상 상근할 것

  * 1급 사회복지사 자격증 취득 후 3년이상 또는 2급 사회복지사 자격증 취득 후 5년 이상의 사회복지사업 실무경험이 있어야 하며, 전년도 8시간 이상의 보수교육을 이수

Ⅳ. 신청서류 접수처

○ 한국사회복지사협회 (보건복지부 위탁, 이하 '협회'이라 함)

Ⅴ. 신청기관 및 접수기간

1. 신청 기관

○ 사회복지현장실습기관으로 선정받으려는 법인·시설, 기관 및 단체

* 이번 접수를 통해 선정된 실습기관은 2020년 1월 1일부터 사회복지현장실습 실시

2. 신청서류 접수기간 및 접수방법

○ 신청기간 : 2019. 11. 18.(월) ~ 11. 27.(수) 18:00

○ 신청방법 : 협회 자격관리센터 홈페이지(URL:lic.welfare.net)

* 우편접수는 받지 않습니다.

Ⅵ. 제출서류 및 선정기준 등

1. 제출서류

- 제출서류 목록

구분	사회복지법인 또는 사회복지시설	사회복지법인 및 사회복지시설을 제외한 비영리법인, 비영리민간단체, 공공기관 등
공통서류	① 기관실습 실시기관 선정 신청서 1부 ② 사업자등록증 또는 고유번호증 택 1부	
실습지도자 확인서류	③ 사회복지사업 실무경험확인서 개인별 1부 ④ 2019년 보수교육 이수증 개인별 1부 ⑤ 직장건강보험 자격득실 확인서(국민건강보험공단), 국민연금가입자 가입증명서(국민연금공단), 갑종근로소득에 대한 소득세납세증명원(국세청), 근로소득원천징수 영수증(재직기관) 중 택1부	
실습기관 확인서류	⑥ 사회복지시설 신고증(사회복지법인은 설립허가증) 또는 사회복지사업 위·수탁 확인서	⑦ 사회복지사업 수행 사실 확인서 ⑧ 법인설립허가증 또는 비영리민간단체등록증 등 택1부 ⑨ 정관

① 기관실습 실시기관 선정 신청서(별지 제1호서식)

- 직인 날인 누락시 요건 미충족으로 서류검토시 선정 제한될 수 있음.
- 신청서에 포함된 기관실습 운영계획서는 홈페이지에 공개되는 자료이므로 충실히 작성할 것

② 사업자등록증 또는 고유번호증은 반드시 제출하여야 함

③ 실습지도자 사회복지사업 실무경험 확인서(별지 제2호서식)

- 사회복지사 자격증 발급일 이후의 실무경험으로 사회복지사로 근무한 사실이 확인될 수 있어야 함

④ 보수교육 이수증

- 한국사회복지사협회 보수교육센터에서 개인별 출력 가능

* 2019년도 보수교육을 미이수한 경우에도 신청 가능하지만 실습기관으로 선정 된 후 2019년도 보수교육을 이수하여야만 실습지도 가능(미이수시에는 실습기관 선정이 취소될 수 있음)

⑤ 상근직으로 근무하고 있음을 증빙하는 서류(하단 서류 중 택1)

- 국민건강보험 자격득실 확인서(국민건강보험공단)

- 국민연금가입자 가입증명서(국민연금공단)
- 고용보험피보험자자격내용서(고용지원센터)
- 근로소득원천징수 영수증(재직기관) 또는 소득금액증명원(국세청)

⑥ 사회복지시설 신고증(사회복지법인은 법인설립허가증)

- 사회복지업무를 국가 또는 지방자치단체로부터 위ㆍ수탁 받은 경우에는 위수탁협약서로 대체 가능함

⑦ 사회복지사업 수행 사실 확인서(별지 제3호서식)

* 사회복지사업 수행 사실 확인서 중 결산 내역은 2017~2019년 실적으로 작성하되, 제출일 현재 설립기간이 3년 경과하지 아니한 경우에는 (ⅰ)제출가능한 사업연도의 결산서, (ⅱ)2019년도 예산서, (ⅲ)신청하는 날이 속하는 달의 직전월까지의 월별 수입ㆍ지출 내역서를 제출

⑧ 법인설립허가증 또는 비영리민간단체등록증 등 신청기관의 설립근거를 확인할 수 있는 서류

⑨ 정관

2. 기관실습 실시기관 선정기준

1 실습기관

① 실습지도자 자격을 가진 사회복지사가 2명 이상 상근

② ㉠ 또는 ㉡에 해당하는 기관

㉠ 법 제2조제1호 각목의 법률에 따른 사회복지사업을 위해 설립된 법인·시설, 기관 및 단체(사회복지법인 또는 사회복지시설)

㉡ ㉠외에 사회복지사업을 수행하는 기관, 법인, 시설 또는 단체

2 실습지도자의 기준(아래 기준을 모두 충족해야 함)

① 사회복지사 1급 자격증을 취득한 이후 3년 이상 또는 사회복지사 2급 자격증을 취득한 이후 5년이상 사회복지 실무경험이 있는 자

② 전년도에 법 제13조에 따른 보수교육을 이수한 자

③ 실습기간 중 실습기관에 재직하는 사람으로서 상근하는 자

* 2개 이상의 시설에서 상근하는 경우 1개 기관의 실습지도자로만 등록이 가능

3. 선정 공고

○ **선정 결과**는 보건복지부 및 한국사회복지사협회 홈페이지를 통해 공고

* 선정기관명·판정결과·선정기간 등의 결과는 **일반에게 대외적으로 공개되**나, 피선정기관의 보호를 위해 **'선정불가' 기관에 대한 공개는 하지 않음**

4. 선정효과

○ 선정 후 3년간(2020년 1월 1일부터 ~ 2022년 12월 31일까지) 사회복지현장실습 운영 가능

5. 사회복지현장실습의 운영

○ 교육기관은 사회복지현장실습 교과목 운영을 위한 행정총괄 및 실시기관과의 연락을 지원하고, 실습세미나 교수는 기관실습 지도자와 협력하여 사회복지현장실습기관 선정 현황과 실시기관별 사회복지현장실습 운영계획서에 따라 실습이 운영되도록 교과목을 총괄 운영하고 최종 평가

○ 사회복지현장실습에는 다음 각 호의 내용을 포함

① 기관, 지역사회, 클라이언트에 대한 이해

② 기관과 관련된 정책 및 제도(지침), 자원 네트워킹에 대한 이해

③ 기관의 사회복지실천(또는 정책 및 행정 분야)에 대한 직·간접적인 경험

④ 기관의 행정 및 기록에 대한 교육

⑤ 사회복지서로서의 윤리적 실천 및 가치, 안전지침에 대한 교육

⑥ 실습내용에 대한 피드백 및 정기적인 슈퍼비전 제공, 실습 중간평가 진행

및 평가내용의 반영, 종결평가 진행 및 실습평가서 작성

Ⅶ. 사후 관리방안

1. 선정 기간 중 선정내용 변경 시 보고

- ㅇ **사회복지현장실습기관은** 선정 후 당초 제출한 신청서의 내용(**실습기관명, 실습지도자 등**)이 **변경되었을** 경우에는 관련 증빙 자료를 첨부하여 한국사회복지사협회에 변경사실을 통보하여야 함
- ㅇ 신청서 내용의 변경요청을 받은 한국사회복지사협회장은 변경 사실에 대한 서류를 검토한 후, 이상이 없다고 판단되는 경우 협회 홈페이지 등을 통하여 변경사실을 공지

2. 선정 취소사유

- ㅇ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 사회복지현장실습기간으로 선정을 받은 경우
- ㅇ 규칙 제3조 [별표1] 제2호가목2)의 선정기준을 갖추지 못하게 된 경우
- ㅇ 기관실습교육의 수행능력이 현저히 부족하다 인정되는 경우

Ⅷ. 담당자 연락처

- ㅇ **한국사회복지사협회 자격관리팀**
  (사회복지현장실습 선정·심사업무담당)
- 전화번호 : 02)786-0845

■ 기관실습 실시기관 선정 및 선정취소 등 사회복지현장실습 운영에 관한 고시 [별지 제1호서식]

기관실습 실시기관 선정 신청서

(1쪽)

신 청 기 관 개 요	기관명		설립일	년 월 일
	대표자		사업자등록번호 (고유등록번호)	
	설립근거	[ ] 사회복지법인 [ ] 사회복지시설(시설유형:_____) [ ] 공공기관 [ ] 비영리민간단체 [ ] 기타(_____)		
	주소		전화번호	
	FAX		E-mail	
실습정보	실습교육시간	_____시간	실습운영방식	[ ] 주중실습 [ ] 주말실습 [ ] 야간실습
	기관실습비	_____만원	실습지도자 인원	_____명
실습 지도자(1)	성명		생년월일	
	자격번호		자격취득일	년 월 일
실습 지도자(2)	성명		생년월일	
	자격번호		자격취득일	년 월 일
실습기관 선정이력	[ ] 신규 [ ] 재선정	- 기존 관리번호 ( ) - 기존 실습기관 선정기간 (년 월 일부터 년 월 일까지)		

상기와 같이 사회복지현장실습기관 선정을 신청하며, 기재된 내용 및 첨부서류가 사실과 다를 경우 신청의 무효, 선정의 취소 등에 대해 이의가 없음을 확약합니다.

20 년 월 일

대 표 자 : (서명 또는 인)

한국사회복지사협회장 귀하

첨부서류	1. 실습지도자 사회복지사업 실무경험확인서(별지 2호서식) 및 보수교육 이수확인서 각1부 2. 사업자등록증 또는 고유번호증 3. 기관실습 운영계획서 1부 4. 사회복지사업 수행 사실을 확인할 수 있는 서류 1부

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

기관실습 운영계획서

<기관명: _____>

□ 실습 목적

○

□ 실습 목표

○

□ 실습 기관 정보

○ 실습운영방식: [ ] 주중실습 [ ] 주말실습 [ ] 야간실습

○ 실습지도자 인원: _____명, ○ 1회 실습인원: _____명

○ 기관실습비: _____만원

□ 실습 교육계획

○ 실습교육 시간: 총 _____시간

구분	실습내용	비고
○○일차		
……		
……		
○○일차		

□ 기타

○

신청서 작성 체크리스트

구 분	신청기관 자체점검란	심사기관 확인란
가. 앞면 신청서의 기재사항이 충실히 기입되어 있을 것 * 신청기관장의 직인 날인 여부 및 뒷면 기관실습 운영계획서 작성 여부 확인	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
나. 별지 제2호 서식의 실습지도자 사회복지사업 실무경험 확인서	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
다. 전년도 보수교육 이수확인서(8시간 이상 보수교육 이수 확인)	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
라. 사업자등록증 또는 고유번호증	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
마. 사회복지법인 또는 비영리법인 설립허가증, 사회복지시설 신고증, 비영리민간단체등록증 등 설립근거 서류	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
바. 정관(사회복지법인 및 사회복지시설은 제외)	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완
사. 별지 제3호 서식의 사회복지사업 수행 사실 확인서(사회복지법인 및 사회복지시설은 제외)	[ ] 여 [ ] 부	[ ] 충족 [ ] 보완

■ 기관실습 실시기관 선정 및 선정취소 등 사회복지현장실습 운영에 관한 고시 [별지 제2호서식]

실습지도자 사회복지사업 실무경험 확인서

개인정보	성명			생년월일	
	전화번호			휴대전화번호	
	주소				
기관정보	대표자			연락처	
	시설종류			설치신고법령	
	주소				
사회복지 실무경험	근무부서	직종	담당업무	경력기간	
				~ (년 개월)	
				~ (년 개월)	
				~ (년 개월)	

상기와 같이 사회복지 실무경험에 대한 사항을 제출하며, 기재된 내용 및 사실과 다를 경우 실습지도자의 요건 확인을 위한 사회복지사업 실무경험 인정 불가에 대한 이의가 없음을 확약합니다.

20 년 월 일

대 표 자 : (서명 또는 인)

한국사회복지사협회장 귀하

유의사항

1. 근무부서 및 직종, 담당업무를 구체적으로 구분하여 기재하여 주시기 바랍니다.
2. 시간제 근로자의 경우 근로조건을 기재하시기 바랍니다.(예시: 5시간/일 또는 30시간/주 등)
3. 이직 등으로 인한 2곳 이상의 기관의 경력합산이 필요한 경우 각 기관별 발급 후 제출하시기 바랍니다.
4. 심사 시 추가확인이 필요한 경우 관련 서류를 요청할 수 있습니다.
5. 허위사실 기재로 판명될 경우 관계기관에 의해 처벌받을 수 있습니다.

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡]]

사회복지사업 수행 사실 확인서

Ⅰ. 일반현황

○ 명 칭 : _____

○ 종 류 : [ ] 사단법인, [ ] 재단법인, [ ] 비영리민간단체, [ ] 공공기관,
[ ] 기타(_____)

○ 설립허가년월일 : _____ (등기일 : _____)

○ 설립목적 :

○ 주요사업: *정관에서 정한 전체 사업*

-

-

※ 정관사업과 현재 운영중인 사업을 구분해서 기재

○ 사회복지사업의 내용: *정관에서 정한 전체 사업 중 사회복지사업의 세부 내용*

-

-

○ 소재지(전화, FAX, e-mail, 홈페이지):

※ 담당자 연락처 기재

Ⅱ. 사회복지사업 수행내역

○ 최근 3년간 결산 내역

(단위 : 천원)

구분	연 도	예산액	집행액	집행잔액	비고
전체 사업					
사회복지 사업					

○ 최근 3년 결산내역에 해당하는 사회복지사업 주요내용 및 실적

- *구체적으로 작성*
-
-
-

○ 향후 사회복지사업 운영 계획

-
-
-
-

○ 최근 3년간 기관실습 운영 현황

실습 운영 기간	위탁 교육기관	실습 인원
~		
~		
~		
~		
~		

상기와 같이 사회복지현장실습기관 선정의 첨부서류로 제출하며, 기재된 내용이 사실과 다를 경우 선정의 무효 또는 취소 등에 대해 이의가 없음을 확약합니다.

20 년 월 일

대 표 자 : (서명 또는 인)

한국사회복지사협회장 귀하

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]