2024학년도 한림성심대학교 편입학원서

지원자	성 명	(한글)			수 험 번 호 (본대학에서 기재)	※	
		(영문)			주민등록번호		
	학 력	년 월	고등학교 졸업,			지역 고졸검정고시 합격	
		년 월	대학(교)			과(전공) [수료·졸업(예정)]	
		평점평균	/ 4.5	백분위성적	/ 100점	취득학점	학점

지원 학과	간호학과 3학년 주 간 (√) / 야 간 ( )

지원자 연락처	주 소	( )		
	전화번호		휴대폰	
	추가연락처		추가연락처2	
	E-mail			

[개인정보 수집 및 이용에 대한 동의서]

- 수집된 개인정보자료는 입학전형 및 학적업무 이외의 목적에는 절대 사용되지 않습니다.
- 모집요강 및 유의사항을 확인하지 않아 발생하는 불이익은 본인의 책임입니다.

개인정보수집 및 이용에 동의하십니까? □ 동의함 □ 동의하지 않음

※ 개인정보의 수집 및 이용에 대해 거부할 권리가 있으며, 이를 거부할 경우 편입학원서를 접수할 수 없습니다.

본인은 귀 대학에 입학하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

20 년 월 일

지원자 확인: (서명)

한림성심대학교 총장 귀하

접수자 확인
전형료 수납확인

첨부 : 전적대학 성적증명서, 졸업(재적,수료,제적)증명서 각1부