

전과신청서

현재 소속학과 학과(부장)	전과 지원학과 학과(부장)			
성명	학번	학년		
연락처	집전화: _____		휴대전화: _____	
현재 소속학과	학과			
전과 지원학과	학과			
전과신청 사유 (간략히 기재)				
학과장 상담 내용 (학과장 자필 작성)	현재 소속학과			(인)
	전과 지원학과			(인)
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집·이용 사항 고지 개인정보보호법 제15조 제1항제2호에 따라 정보주체들의 동의없이 개인정보를 수집·이용 합니다.				
개인정보처리목적	개인정보항목	수집근거		
전과신청서	성명, 학번, 학년, 연락처, 현재 소속학과, 전과 지원학과, 전과신청 사유, 학과장 상담 내용	「교육기본법」 제16조제2항 「고등교육법시행령」 제73조제2항		
본인은 학칙 제35조 및 동 시행세칙 제92조 제1항에 의거 전과를 하고자 하오니 승인하 여 주시기 바랍니다.				
첨부 : 성적증명서 1부.				
년 월 일 본인 : _____ 인 보호자 : _____ 인				
<h3 style="margin: 0;">협성대학교 총장 귀하</h3>				