

복학 신청서

학부(과) :

학 번 :

성 명 :

연 락 처: 집전화:

휴대전화:

본인은 학칙 제40조 및 동 시행세칙 제102조 제()항에 의거 복학을 하고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다.

☐개인정보 수집·이용 사항 고지

개인정보보호법 제15조 제1항제2호에 따라 복학 신청 접수 및 학사행정 업무 수행을 위해 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보처리목적	개인정보항목	수집근거
복학 신청서	학과, 학번, 성명, 연락처	고등교육법 제23조의4

※보유기간 : 목적 달성 시 파기함.

(필수) 개인정보 수집·이용 동의

☐예

☐아니요

※ 동의를 거부할 권리가 있으며, 거부 시 복학 신청이 제한될 수 있습니다.

년 월 일

학 생 : (서명)

협성대학교 총장 귀하

경	학과장	도서관	결	계	과 장	처 장
유			재			