

재입학원서

담당	팀장	부원장	원장

Department

Degree Program

Student Number

Date of First Admission

Date of Leave from School

Reason for Leave

Acquired Grade by the time of Leave

Date

과명	<input type="text"/>	학과	<input type="text"/>	성명	<input type="text"/>
학번	<input type="text"/>	생년월일	<input type="text"/>	전화번호	<input type="text"/>
최초 입학시기	<input type="text" value="년 월 일"/>				
제적시기	<input type="text" value="년 월 일"/>				
제적사유	<input type="text"/>				
제적당시 취득학점	<input type="text" value="점"/>	등록회수	<input type="text" value="회"/>		
위와 같이 재입학을 원하오니 허가하여 주시기 바랍니다.					
20 년 월 일 신청인 <input type="text"/> (인) 학과장 <input type="text"/> (인)					
계명대학교 대학원장 귀하					

Your Name

Contact Number

Birth Date

Number of Semesters Enrolled

Your Name and Signature

Department Chair's Name and Signature