

학 사 휴 학 원

대학 : 학과 :
학년 : 학번 :
성명 :
생년월일 : 성별 :

1. 휴학사유 : 학사휴학
2. 휴학기간 : 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일(개월간)
3. 휴학 중 연락처 : (주 소)
(전화번호) (H.P)

위와 같이 휴학하고자 하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

학 생 : (인)
보호자 : (인)
지도교수 : (인)

학생상담센터

가톨릭대학교 성의교정 의무부총장 귀하

개인정보 수집·이용 동의서

[개인정보 수집·이용에 대한 동의]

수 집 항 목	성명, 생년월일, 성별, 학번, 전화번호(휴대전화번호, 자택전화번호), 주소
수집·이용목적	학적변동(휴학) 처리
보유 및 이용기간	<u>준영구</u>
※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대하여 동의하거나 거부할 수 있으며, 해당 개인정보는 학적변동 처리를 위한 최소한의 필수항목이므로 거부할 경우 학적변경 처리가 제한될 수 있음을 알려드립니다. ※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않습니다.	

개인정보 수집·이용에 동의함 ☐

개인정보 수집·이용에 동의하지 않음 ☐

20 년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)