

복 학 원

_____대학 _____학과 _____학년

성 명 :

생 년 월 일 : _____년 _____월 _____일, 성 별 :

학 번 :

전 화 번 호 : (H.P.) _____ / (자택) _____

주 소 :

위 본인은 _____로 인하여 휴학 중이던 바 _____학년도 _____학기부터
복학하고자 하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

20 _____년 _____월 _____일

학 생 : _____ (인)

보호자 : _____ (인)

지도교수 : _____ (인)

가톨릭대학교 총장 귀하

학생상담센터

※ 질병휴학자 복학은 우리 대학 부속병원 진단서(모두 교의 확인 필요), 군휴학자 복학은 전역증 사본을 첨부하여야 합니다.

학 적 변 동 을 위 한 개 인 정 보 수 집·활 용 동 의 서

[개인정보 수집·이용에 대한 동의 (필수)]

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

개인정보 수집 · 이용에 동의함 ☐

개인정보 수집 · 이용에 동의하지 않음 ☐

[민감정보 처리에 대한 동의 (필수)]

수 집 항 목	[해당자의 구비서류] 질병휴학자 복학: 진단서, 군휴학자 복학: 전역증
수집·이용목적	학적변동(복학) 처리
보유 및 이용기간	준영구
※ 귀하는 민감정보의 수집·이용에 대하여 동의하거나 거부할 수 있으며, 해당 민감정보는 학적변동 처리를 위한 최소한의 필수항목이므로 거부할 경우 학적변동 처리가 제한될 수 있음을 알려드립니다. ※ 정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않습니다.	

민감정보 수집 · 이용에 동의함 ☐

민감정보 수집 · 이용에 동의하지 않음 ☐

20 년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)