

조 기 복 학 사 유 서

학과	학과장	결재	담당	교무팀장	교무처장	부총장	총장
				전결			

성명			학과	과 학년 부 반		
학번			생년월일	.	.	성별 남, 여
보호자주소	□□□-□□□□					
	휴대폰			☎	()	-
학생연락처	휴대폰			☎	()	-
복학사유	① 군 복 학			② 일반복학 (질병 및 기타사유)		
학생 사 유 서				지도교수 의 견 서		
학 생 (인)				지도교수 (인)		

본인은 상기와 같은 사유로 본 복학원을 제출하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

☐ 개인 정보 수집·이용 사항 고지

개인정보보호법 제 15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 처리목적	개인정보 항목	수집 근거	보유기간
복학 업무 처리	성명, 학번, 전화번호, 복학사유	고등교육법 제23조의4	보유목적 달성시까지

※ 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 복학처리에 제한을 받을 수 있습니다.

년 월 일

신청인 : (인)

대전보건대학교총장 귀하

제출서류	1. 군 복 학
	가. 군제대(전역)자 : 전역증 또는 주민등록초본
	나. 전역예정자 : 전역예정증명서, 휴가증 (반드시 전역일자과 휴가기간이 기록된 것)
	2. 일반복학 : 진단서 등
	3. 해당학기 등록금 납입영수증 또는 무통장 입금확인서(온라인 송금)