



복 학 원

학 번		성 명	
연 락 처		E-Mail	
직 장 명		직장전화	
은 행 명			

학적변동사항 (휴학기간)	기 간			사 유
	년	월	일부터	
	년	월	일까지	
	년	월	일부터	
	년	월	일까지	

위와 같이 휴학을 마치고 복학하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신 청 인 : _____ (서명)

담 당	팀 장	원 장	년 결 월 일 일 재

서강대학교 기술경영전문대학원장 귀하