

담 당	팀 장	처 장

접수번호: NO. _____

복 학 취 소 원

학 과		학 번		학 년	
성 명		생년월일		성 별	남 · 여
주 소	(우편번호)			(전 화)	
				(핸드폰)	
당초 복학 내용	일반복학() · 군복학() · 조기복학() · 군소급복학() · 기타()		복학승인일자	20 년 월 일	
휴학 기간	학년도 학기 ~ 학년도 학기		복학예정년도/ 학기	학년도 학기	

복학 취소 사유	지도교수 의견서
20 년 월 일 보호자 (서명)	20 년 월 일 지도교수 (서명)

본인은 위와 같은 사유로 복학을 취소하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

본 인 : (서명)

강동대학교 교학처장 귀하

경 유	지도교수	학 과 장