본교 특수대학원 학점교환 수강신청서

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **신청자 내역** | | | |
| **과 정** |  | **학 과** |  |
| **성 명** |  | **학 기** | **제 차 학기** |
| **학 번** |  | **연락처** |  |
| **기존 학점교환 및 타학과 수강학점수** | | | **총 학점** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청과목 내역** | | | | |
| **수강대학원명** | **과목번호** | **교과목명** | **시간/학점** | **담당교수** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **수강신청 사유** |
|  |

**※본 신청서로 신청한 과목은 학생 임의로 변경/취소가 불가능하며**

**대학원교학팀에 취소원을 제출하여야 함**

위와 같이 20 학년도 제 학기 학점교환과목 수강을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 자 : (인)

지도교수 : (인)

학 과 장 : (인)

가톨릭대학교 성심대학원장 귀하