



재 입 학 원

학 번	M	과 정 명	
성 명		연락처(H.P.)	
직 장 명		직장전화	
주 소			
E-mail		자택전화	

성적취득 상황	이수 학기 수	취득학점	총 평점평균
학적변동상황 (휴학,복학 등)	기간		사유
	년 월 일부터 년 월 일까지		
	년 월 일부터 년 월 일까지		

위와 같이 재입학을 하고자 하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신 청 인 : _____(서명)

담 당	팀 장	주임교수/ 학과장	원 장	년 결 월 일 일 재

서강대학교 경영전문대학원장 귀하

*본 재입학원을 제출한 뒤 재입학 여부를 반드시 확인하시기 바랍니다.