

퇴 학 원 서

학 생 소 속 (세부전공)	학과 전공	학 위 과 정 재 학 기 수	석사 기 재학 중
학 생 성 명		既 등 록 횟 수	____ 학기 중 ____ 학기 등록완료
생 년 월 일		학 번	
성 별	남(), 여()	직전학기재적	재학(), 휴학()
지도교수명		자퇴희망일	년 월 일
등록금반환	해당(), 해당없음()	도 서 대 출	반납완료(), 미납()
자 퇴 사 유	※ 他大學 대학원 진학 예정자 必 기재요망 _____대학 _____학과 진학 예정		
휴 대 폰		집 전 화	
비 고			
※ 자퇴신청은 Off-line 퇴학원서 제출만 가능 ※ 퇴학원서 제출자는 여석관계로 재입학이 불허될 수도 있음			

위와 같이 자퇴하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

붙임: 통장사본 사본 1부(등록금 반환 해당시).

20 년 월 일

신 청 인: _____①

지도교수: _____①

임상간호대학원장 귀하

전산처리	결재완료