서강대/성공회대학원 학점교환 수강신청서

|  |
| --- |
| **신청자 내역** |
| **과 정** |  | **학 과** |  |
| **성 명** |  | **학 기** | 제 차 학기 |
| **학 번** |  | **연락처(H.P.)** |  |
| **생년월일** |  | **이메일** |  |
| **기존 학점교환 및 타학과 수강학점 수** | **총**  **학점** |

\*생년월일 정보는 타대학 학적등록을 위해 필요함

|  |
| --- |
| **신청과목 내역** |
| **수강대학명** | **수강학과명** | **과목번호** | **교과목명** | **시간/학점** | **담당교수** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **수강신청 사유** |
|  |

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

|  |
| --- |
| 관련 : 국내학점교류(학점교환제도) |
| **개인정보 수집 ㆍ 활용 및 제공 동의서** ▣ 관리부서 : 대학원교학팀▣ 관련법규 : 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제22조, 제24조 등**▣ 기본 개인정보 수집ㆍ이용 [필수]** |
|   | 수집ㆍ이용하려는 개인정보의항목 | 개인정보의 수집ㆍ이용의목적 | 개인정보 이용 및보유기간 |   |
|   | 소속 학과 및 전공, 학위과정, 학기, 이름, 생년월일, 국적, 학번, 연락처(핸드폰번호, 이메일주소) | 본인 식별절차에 이용, 의사소통 및 정보전달 등에 이용 | **국내학점교류 완료시까지 활용, 준영구보관** |   |
|   개인정보 수집ㆍ이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학력조회 및 타 대학원 학점교환제도 참여 등에서 불이익을 받을 수 있습니다.  ※ 개인정보 수집ㆍ이용 에 동의 하십니까? □ 동의함 □ 동의하지 않음**▣ 개인정보의 제공 [필수]** |
|   | 제공하는 개인정보의항목 | 개인정보를제공받는 자 | 개인정보의이용목적 | 개인정보 이용 및보유기간 |   |
|   | 소속 학과 및 전공, 학위과정, 학기, 이름, 생년월일, 국적, 학번, 연락처(핸드폰번호, 이메일주소) | **학점교환신청 대학교(대학원)** | **본인 식별절차에 이용,** **의사소통 및 정보전달,** **국내학점교류 임시학적생성 등에 이용** | **국내학점교류 완료시까지 활용, 준영구보관** |   |
|  개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 학력조회 및 타 대학원 학점교환제도 참여 등에서 불이익을 받을 수 있습니다.  ※ 개인정보 제공에 동의 하십니까? □ 동의함 □ 동의하지 않음 |
| 년 월 일 성 명 : (인) 가톨릭대학교 성심대학원장 귀하 |