

# 자퇴원서 (임상치의학대학원)

Withdrawal Form (Graduate School of Clinical Dentistry)

지도교수      학과주임

과 정 Degree Program		대학원/학과 Department/Major	
학 번 Student No.		성 명 Name	
입 학 일 자 Date of Entry		이 메 일 E-mail	
연 락 처 (Tel) Phone		현 주 소 Current Address	
자 퇴 사 유 Reason(s) for Withdrawal			

☐ 개인정보수집·이용 동의

아래의 개인정보 수집·이용에 대한 내용을 자세히 읽어보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

수집·이용하는 개인정보 항목	수집·이용 목적	보유 및 이용 기간
학과/전공, 학번, 성명, 입학일자, 이메일, 연락처, 주소	자퇴 신청 처리	준영구

※ 위 동의 안내에 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의 거부할 경우 자퇴 신청에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같은 개인정보의 수집·이용에 동의하십니까?	동의함 <input type="checkbox"/>	동의하지 않음 <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	----------------------------------

본인은 위와 같은 사유로 자퇴하고자 자퇴원을 제출합니다.  
I wish to withdraw for the above reason(s) and hereby submit this withdrawal form.

년(yyyy) 월(mm) 일(dd)

지원자(Name) :

(Signature)

## 고려대학교 총장 귀하

인

### 자퇴원서 접수증

과정(Degree Program) \_\_\_\_\_ 학과(Department): \_\_\_\_\_ 학번(Student No.): \_\_\_\_\_

성명(Name) : \_\_\_\_\_

위 학생의 자퇴원서를 접수함.

년      월      일