



복 학 원

학 번	M	과 정 명	
성 명		연락처(H.P.)	
직 장 명		직장전화	
E-mail			
휴학사유			
휴학기간	년	월	일 ~ 년 월 일 (학기 간)

학적변동사항 (휴학기간)	기 간			사 유
	년	월	일부터	
	년	월	일까지	
년	월	일부터		
년	월	일까지		

위와 같이 휴학을 마치고 복학하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신 청 인 : _____(서명)

[SAINT상 등록되어 있는 본인 이메일로 제출 시 서명 불필요]

담 당	팀 장	주임교수/ 학과장	원 장	년 결 월 일 재

서강대학교 경영전문대학원장 귀하