

휴 학 원

간호대학 학과 학년

성 명 :

생 년 월 일 : 년 월 일, 성 별 :

학 번 :

1. 휴학사유 :

2. 휴학기간 : 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일(년 개월간)

3. 휴학중 연락처 : (주 소) _____
(전화번호) _____ (H.P) _____

위와 같이 휴학하고자 하오니 허락하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

학 생 : (인)

보호자 : (인)

◆ 지도교수 면담결과 :

지도교수 : (인)

학생상담센터

가톨릭대학교 총장 귀하

※ 질병휴학자 우리 대학 부속병원 진단서(모두 교의 확인 필요), 군휴학은 입영통지서 사본을 첨부하여야 합니다.

학 적 변 동 을 위 한 개 인 정 보 수 집·활 용 동 의 서

[개인정보 수집·이용에 대한 동의 (필수)]

수 집 항 목	성명, 생년월일, 성별, 학번, 전화번호(휴대전화번호, 자택전화번호), 주소
수집·이용목적	학적변동(휴학) 처리
보유 및 이용기간	<u>준영구</u>
※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대하여 동의하거나 거부할 수 있으며, 해당 개인정보는 학적변동 처리를 위한 최소한의 필수항목이므로 거부할 경우 학적변동 처리가 제한될 수 있음을 알려드립니다. ※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않습니다.	

개인정보 수집 · 이용에 동의함 ☐

개인정보 수집 · 이용에 동의하지 않음 ☐

[민감정보 처리에 대한 동의 (필수)]

수 집 항 목	[해당자의 구비서류] 질병휴학: 진단서, 군휴학: 입영통지서
수집·이용목적	학적변동(휴학) 처리
보유 및 이용기간	<u>준영구</u>
※ 귀하는 민감정보의 수집·이용에 대하여 동의하거나 거부할 수 있으며, 해당 민감정보는 학적변동 처리를 위한 최소한의 필수항목이므로 거부할 경우 학적변동 처리가 제한될 수 있음을 알려드립니다. ※ 정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않습니다.	

민감정보 수집 · 이용에 동의함 ☐

민감정보 수집 · 이용에 동의하지 않음 ☐

20 년 월 일

신청인 :

(서명 또는 인)

가톨릭대학교 귀중