

타대학원 학점인정 신청서

과 정		학 과	
학 번		성 명	
전화번호		이메일	
전적 대학원		수료/졸업 연월일	년 월 일

20 45 50 55

신 청 인 : (인)

- * 첨부 : 전적 대학원 성적증명서 1부
* 입학 후 1개월 이내에 제출하시기 바랍니다.

학점인정 내용(학과기재)

전 적 대 학 원			본 대 학 원	
교 과 목 명	학 점	이수학년도 및 학기	인정 과목	인정 학점
			인정학점 총 학점	

위와 같이 학점인정을 신청하오니 허가하여 주시기 바랍니다.

20 21 22 23

학 과 장 : (인)

가톨릭대학교 성심대학원장 귀하