

경인지역 대학(교) 학부학생 학점교류 추천서

결 재						

지 원 자 소 대 학 대 인 적 사 항	()대학교 ()학과 ()전공 ()학년					
	성 명		소속대학 학 번			
	주민등록 번호		연락처			
교류대학 교수 계	개설학부(과)		이수 구분	교과목명	강의시간	학점
교류대학 심 소견사항				학부 (과) 심 소견사항		

위 학생은 경인지역 대학(교) 학부학생 학점교류 협약에 의거 심사하여 적격자로 판정되었기에 구비서류를 갖추어 위와 같이 귀 대학교에 학부학점 교류 학생으로 추천 합니다.

2020년 월 일

대 학 교 총 장

성결대학교 총장 귀하