|  |
| --- |
| **재 입 학 신 청 원** |
| **학 번** |  | **성 명** |  |
| **학 과** |  | **생년월일** |  |
| **최종학기** | 생략 | **재입학신청학기** | 2024학년도 1학기 |
| **제적일자** | 생략 | **제적사유** | (자퇴 / 미등록 / 미복학) |
| **인 적 사 항** |
| **휴대폰** |  | **자택전화** |  |
| **직장전화** |  | **e-mail** |  |
| **주소** | ( ) |
| 본인은 재입학을 희망하여 본 신청서를 제출하오니 허가하여 주시기 바랍니다.  2024년 1월 일신청자 : (인)서울사이버대학교 총장 귀하**학적담당자 연락처 : 02-944-5214** |
| **학과장** |   | **결재** | **담당** | **실장** | **부총장** |
|  |  |  |  |