# 학 위 신 청 동 의 서

<table>
<tr><td rowspan="2">인적사항</td><td>성 명</td><td></td><td>생년월일</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>학 위</td><td colspan="2">☑ 학사 ☐ 전문학사<br>☐ 학사(타전공) ☐ 전문학사(타전공)</td><td>전 공</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">학위종류</td><td colspan="2">교육부장관 명의</td><td colspan="2">대학의 장 명의</td></tr>
<tr><td colspan="2">○</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

「학점인정 등에 관한 법률 시행령」 제15조제1항 및 동법시행규칙 제8조제1항의 규정에 의하여 위와 같이 학위신청을 동의합니다.

2018년 월 일

신 청 인 : (인)

교육훈련기관 : 대구보건대학교 평생교육원

담 당 자 : 신 혜 림 (인)

국가평생교육진흥원장 귀하

※ 대구보건대학교 평생교육원으로 팩스(053-320-1286)발송 후 수신 여부를 반드시 확인바람.