복 학 원
Reinstatement Request Form

소 속 Student Details	대학 College		학부(과) Dept.		(전공) Major
	학 년 Current year of Study		학번 Student ID No.	성 명 Name	
복학신청 학 기 Period of Absence	20 학년도 학기 From (Spring, Fall) 20			학 생 연락처 Contact No.	전 화: Phone 휴대폰: Cell Phone
보 호 자 주 소 Parents Address				휴대폰 Parents Cell Phone No.	

상기 본인은 현재 휴학(입대, 일반) 중이던 바,
위와 같이 복학하고자 하오니 허가하여 주시기 바랍니다.
I hereby request permission to return to study.

년(yy) 월(mm) 일(dd)

복학 신청인(Applicant) : (인)(Signature)

개인정보 수집 및 이용 동의서
Consent to Collection and Use of Personal Information

복학 신청과 관련하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하기 위하여 「개인정보보호법」 제15조에 따라 관련 사항을 알려드리며 다음과 같은 목적을 위해 활용합니다.
In regard to your request, Hallym University needs your consent for the collection and use of your personal information in accordance with Article 15 of the Personal Information Protection Act.

- ☐ 개인정보의 수집·이용 목적 : 복학 신청 관련 접수
  Purpose for collection and use: To accept reinstatement request
- ☐ 한림대학교가 수집·이용할 개인정보 항목 : 성명, 학과, 학번, 연락전화번호 등 이력사항, 보호자(학부모) 성명, 주소 및 연락처 등 신청서 기재사항
  Information to be collected and used: Name, Dept., Student ID number, Contact number, Name/Address/Contact number of parents
- ☐ 개인정보의 보유, 이용기간 : 수집·이용 동의일로부터 5년
  Period of Retention and use: 5 years after receipt of consent
- ☐ 신청자는 개인정보 수집을 거부할 수 있는 권리가 있지만, 이 경우 복학 신청이 취소될 수 있습니다.
  You have the right not to consent to the collection and use of your personal information. However, your request may be canceled.

☐ 동의함. Agree ☐ 동의하지 않음. Disagree

작성자 Applicant: **(서명 또는 인) Signature**

상기 학생의 복학신청을 확인합니다.
We confirm the receipt of reinstatement request by the student above.

지도 교수(Advisor) : (인) Signature
학부(과)장(Department Chair) : (인) Signature

한림대학교총장 귀하

To the **President of Hallym University**