

보건의료정보관리 인증 프로그램 이수 포기 신청서

학 과		성 명	
학 번		학 년	
교육과정 적용년도 (입학년도)	학년도	포기학년도/학기	학년 학기
포기 사유 (자세히 기술)			
지도교수 상담결과			
지도교수 상담일		지도교수 서명	

신청일		신청자 서명	
승인일		프로그램책임자 서명	

서영대학교 보건의료행정과 보관용