대학원 학점 초과 신청서

[상담심리, 임상심리, 교회음악전공자 및 석박통합과정생 제외]

|  |
| --- |
| **신청자 내역** |
| **학 번** |  | **과 정** |  |
| **학 과** |  | **전 공** |  |
| **성 명** |  | **학 기** | 제 차 학기 |
| **기존 학점초과****신청사항** | **없다 ( ) / 1회 ( )** |

※상기 상담심리,임상심리,교회음악 전공자 및 석박통합과정생을 제외하고는 **재학 중 2회**에 걸쳐 학점초과

 신청이 가능함

|  |
| --- |
| **신청과목 내역** |
| **수강신청 과목명** | **이수번호** | **시간/학점** | **담당교수** | **비 고** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **수강사유**  |
|   |

위와 같이 학점을 초과하여 수강신청을 하고자 합니다.

**<본 신청서로 신청한 과목은 학생 임의로 변경/취소가 불가능하며**

**대학원교학팀에 취소원을 제출하여야 함>**

20 년 월 일

신 청 자 : (인)

지도교수 : (인)

학 과 장 : (인)

가톨릭대학교 성심대학원장 귀하