



수험번호								
* 접수자는 기재하지 마시오								

지원사항	지원학과	과 ☐ 주간 ☐ 야간		
	전형구분 (해당란에 ☒ 표)	☒ 특별 편입학	출신대학명	
지원자	성명		주민등록번호	-
	전적대학 구분	수료학년(학기)	이수학점	평균평점
		학년 학기		/
연락처	주소	(-)		
	휴대폰	- -	자택전화	- -
	긴급연락처	- -	E-mail	

20 년 월 일

원광보건대학교 총장 귀하

