○ ○

특성화고교졸업자 동일계열 학교장 확인서

지원자	성명			
	지원학과 및 학부	학과/학부		
	생년월일	년 월 일	수험번호	
	연 락 처			
출신 고교	출신고교	고등학교		
	출신학과 (이수전공)	과		
	재학기간	년 월 입학 ~ 년 월 졸업(예정)		
	확인자(교사)		연락처	

지원학과별 동일계 기준학과

지원학과	특성화고교 동일계 기준학과
간호학과	간호학과, 보건간호학과
데이터사이언스학과	컴퓨터관련학과
미래디자인학부	뷰티 및 디자인관련학과 등

※ 지원자의 출신 기준학과가 본 대학 지원학과의 동일계에 해당하는지 확인하고 작성해 주시기 바랍니다.

위 학생은 특성화고교(전문계고교, 종합고교 전문계열)에 입학하여 전 교육과정을 이수한 졸업(예정)자로서, 귀 대학교에서 규정학고 있는 특성화고교졸업자 특별전형의 지원모집단위와 동일계열 기준학과 이수자임을 확인합니다.

년 월 일

고등학교장

학교장 직 인

화성의과학대학교 총장 귀 하