

특성화고교졸업자 동일계열 확인서

지원자	수험번호		지원학과	
	성명		생년월일	년 월 일
	출신고교	년 월 고등학교 졸업(예정)		
확인자	담임교사 성명		학교 전화번호	
			핸드폰번호	
학과명			교육과정의 기준학과명	

※ 본교 모집단위별 기준학과에 해당하지 않을 경우 30단위 이상의 동일계 인정 전문교과 이수 과목명을 작성하세요.

학년	학기	과목명	이수단위	학년	학기	과목명	이수단위

※ 특성화고교졸업(예정)자전형의 동일계열 인정 여부는 본 대학교 입학전형관리위원회의 심의를 거쳐 결정하며, 부적격자는 불합격 처리합니다.

위의 학생은 고교 출신학과와 귀 대학의 지원 모집단위가 동일계열임이 확인되어 귀 대학교의 특성화고교졸업(예정)자전형 대상자임을 확인합니다.

2024 년 월 일

_____고등학교장 (직인)

성결대학교 총장 귀하