

확 인 서

Confirmation Letter

대 학 Name of College	학과/학부 Department/Major		
학 번 Student No.	성 명 Name		
연락처 Mobile Phone			
휴 학 사 유 Reason(s) for Leave of Absence	질병휴학 Leave of Absence Due to Illness		
휴학기간 <input checked="" type="checkbox"/> 하세요 Period of Leave of Absence <input checked="" type="checkbox"/> tick the corresponding box	20 년(year) <input type="checkbox"/> 3월1일(Mar. 1) <input type="checkbox"/> 9월1일(Sept.1) ~ 20 년(year) <input type="checkbox"/> 2월28일(Feb. 28) <input type="checkbox"/> 8월31일(Aug. 31)		
면담소견 Interview	면담교수(성명) Interviewer(Name of Professor) _____ Signature _____		

위 학생의 휴학(질병휴학)에 관하여 상담을 하였음.

Consultation was held on the leave of absence(due to illness) of the above-mentioned student.

년(year)

월(month)

일(day)

지도교수(or 학과장)

(Signature)

Professor(or Dean)

고려대학교 총 장 귀하