

[별지 1호 서식] 보건의료정보관리교육 인증 프로그램 이수신청서

보건의료정보관리교육 인증 프로그램 이수신청서

보건의료정보관리 교육인증 프로그램 참여 신청서		확인	학과장		지도교수	
학번		성명				
		연락처				
		이메일				
구분 (해당사항에 o표)	신입학	전과	편입학	전과		

본인은 인증프로그램 참여를 희망합니다.

학과의 교육과정에 따라 편성된 필수이수과목과 선택이수과목을 수강하며, 인증기준인 필수 이수과목의 선-후수 이수체계를 준수합니다.

만약, 인증프로그램 참여 중 프로그램 하차를 원하면 하차도 가능하나 이수과목 및 이수학점 등의 변화로 졸업이 연기될 수 있음을 알려드립니다.

편입 및 전과한 경우 이수학점 및 현장실습이수로 졸업이 연기될 수 있음을 인지하고 있으며 이에 대한 이의를 제기하지 않겠습니다.

이에 대해 충분히 인지하였으며 이의를 제기하지 않을 것입니다.

상기 본인은 경인여자대학교 보건의료행정과 보건의료정보관리교육 인증 프로그램 운영규정에 의하여 보건의료정보관리교육 프로그램을 이수하고자 신청서를 제출합니다.

년 월 일
성명: (인)

경인여자대학교 보건행정학과 학과장 귀하