

[서식2]

2024학년도 성균관대학교 영재교육원 사회통합전형 대상자

학 교 장 확 인 서

성 명		생년월일	
소속학교	() 학교 ()년 ()반		
지원 기관	()영재교육원 ()분야		
전형 유형		순위	지원 자격
사회통합 전형	기회균등전형	60% 우선	유형 ()
	사회다양성전형	1순위	유형 (), 가구원수 (인)
		2순위	유형 (), 가구원수 (인)
추천 사유	※기회균등전형 중 학교장 추천의 경우에만 작성		
위 학생을 투명하고 공정한 심사에 따라 해당 지원 유형 및 지원 자격에 적합하게 선정하였음을 서약하며, 위 학생을 2024학년도 영재교육원 사회통합전형 대상자로 확인합니다. 2023년 월 일 확인자 : () 학교장 (직인) 성균관대학교 영재교육원장 귀하			

※ 지원 유형

- 기회균등전형 : () 안에 해당 지원 자격 기재
- 사회다양성전형 : () 안에 해당 지원 자격 및 가구원 수 기재