

성신여자대학교 2022학년도 봄학기 교환학생 지원 안내

SUNGSHIN WOMEN'S UNIVERSITY APPLICATION GUIDE FOR SPRING 2022

■ 2022학년도 봄학기 입학 정보 | ADMISSION INFORMATION FOR SPRING 2022

- 추천마감일 : 2021년 11월 1일 | Nomination deadline : NOVEMBER 1st, 2021
- * 교류대학에서 추천 | Partner university representative should email Exchange Students Nomination list
- 지원마감일 : 2021년 11월 30일 | Application deadline : NOVEMBER 30th, 2021
- 입국 및 기숙사 입주 : 2022년 2월 중순(예정) | Arrival & Move in date : Mid-February 2022
(Exact dates to be announced)
- 오리엔테이션 : 2022년 2월 중순(예정) | Orientation in date : Mid-February 2022
(Exact dates to be announced)
- 학기 시작 2022년 3월 첫째주 | Classes Begin : First week of March 2022
- 기말고사 : 2022년 6월 말 | Final Exam : End of June 2022

■ 제출서류 | REQUIRED DOCUMENTS

*Online application will open on Oct 4th, 2021 <https://tis.sungshin.ac.kr/comm/nxui/member/join.do?join=9>

1. 입학 신청서 (온라인) Online Application Form
2. 여권 사본
Copy of valid Passport(Page with photo/name/date of birth must be clearly shown)
3. 성적증명서 영문 및 현지어 각 1부
Official Academic Transcripts each in English & in Native Language
4. 증명사진 Color ID(passport) Photo (3.5cm*4.5cm) file to upload
5. 한국어 또는 영어 어학성적표 (필수 사항 아님) TOPIK or TOEFL(IELTS) Score (Not required)
6. 건강진단서 Health Examination Form

* 건강진단서의 경우 정해진 양식은 없지만, 아래의 항목을 포함하여야 합니다. | We do not have a fixed health examination form. However, the form has to include the below-stated items:

- 1) 키, 체중, 시력, 청력, 혈액형 | height, weight, eye vision, hearing, blood type
- 2) 흉부 엑스레이 결과(이상소견) | chest X-ray result (any abnormal results)
- 3) B형간염 보균 여부(전염성) | Immunization against Hepatitis B (active infection, inactive infection, immune)
* 만약 학생이 HBe Ag(+) 보균자일 경우, 한국 도착 전 또는 도착 후에 백신을 접종받아야 합니다. 만약 학생이 비활동성 보균자이거나 보균자가 아닐 경우에는 접종을 받지 않아도 됩니다. | If a student is carrier of active Hepatitis B virus(HBe Ag(+)), they have to get vaccination before or after arrival at Korea. If a student is immune, or has inactive virus carrier, they do not have to get a vaccination.
- 4) 건강 전반에 대한 의사 소견 | Clinician's opinion on your general health status
- 5) 본인 작성(병력, 알레르기 또는 기타 건강 이상) | Self check-up (medical history, allergy or other health-related matters)
- 6) 병원 이름과 의사 서명/도장 | Name of medical clinic and clinician's signature/stamp