



Registrar Office Use Only:

Date Received: _____

Date Paid: _____

Amount Paid: _____

Date Sent: _____

Official Transcript Request Form

등록처: 845-596-8398 Fax 845-423-7610 hagiospat@gmail.com

이름: 한글 _____ 영문 _____

학번: _____ 소셜번호 _____

현주소 _____

City/State/Zip _____

이메일: _____ Mobile Phone # _____

생년월일: _____

Check one

나는 현재 _____ 등록 학생입니다

_____ 이전 학생입니다. 졸업연도: _____

_____ 이전 학생입니다. 중퇴연도: _____

사인: _____ 날짜: _____

성적표를 다음 주소로 보내 주세요

_____ 위의 현주소 (You will receive an official transcript marked "Issued to Student.")

_____ 기관주소: 이름 혹은 기관이름 _____

Street Address _____

City: _____ State/Zip Code: _____

요청 부수: _____ 부 성적표 발송 마감일: _____

현 등록학생인 경우 check one: _____ 현재 수강학기의 성적이 모두 교무처에 접수될 때까지

성적표를 교부하지 말아주세요

_____ 현재 성적 그대로 성적표를 교부해 주세요

코멘트: _____

수수료 지불방법

_____ 수표 \$10 를 이 신청서에 첨부합니다. (Pay to the order of PAT)

_____ Zelle 로 지불합니다 (이메일 주소: hagiospat@gmail.com)