을 지 대 학 교
2026학년도 전기 보건복지대학원 편입생 모집요강

◆ 모집학과 및 모집인원

모집구분	모집학과	모집인원	비 고
석사과정	물리치료학과	○명	■ 야간 (4학기) ■ 임상옵토메트리학과*는 미국 케첨대학과 협의하에 공동학위제로 운영됨
	임상옵토메트리학과*		
	응급의료학과		
	미용화장품과학과		
	임상운동재활학과		
	유아교육보육상담학과		
	중독재활복지학과		
	중독상담학과		

◆ 지원자격

▶ 국내외 대학교 학사학위소지자 또는 법령에 따라 이와 동등 이상의 학력을 인정받은 자로서 국내외 대학원 석사과정 동일학과 또는 유사학과에서 1개 학기 이상(9학점 이상) 이수자

◆ 제출서류

▶ 입학원서(본교 소정양식)

▶ 개인정보수집·이용 동의서(본교 소정양식)

▶ 학업계획서 및 추천서(본교 소정양식)

▶ 출신대학교 졸업증명서 또는 학사학위증명서

▶ 출신대학교 전 학년 성적증명서

※ 학사 편입자는 편입 전 성적증명서 포함

▶ 대학원 석사학위과정 1개 학기 이상 이수 학력증명서 : 수료증명서, 졸업증명서, 재적증명서 등

▶ 재직증명서 또는 경력증명서(해당자에 한함)

▶ 면허증 및 자격증사본(해당자에 한함)

◆ 전형방법 : 서류전형 및 구술.면접

전 형 방 법	서류심사	구술·면접	합계
전형요소별 반영비율(%)	50	50	100

◆ 선발방법

1) 총 정원 범위 내에서 편입학 여석 등을 감안하여 학과별 모집인원을 결정한다.
2) 학과별 모집인원에 따라 입학전형 성적순으로 선발한다.
3) 미등록으로 인하여 결원이 생긴 학과의 충원은 그 학과 예비후보자 중에서 입학전형 성적순으로 충원하되, 충원대상자가 없는 경우 다른 학과의 예비후보자 중에서 충원한다.
4) 지원자가 수학능력에 못 미친다고 판단되는 경우 모집인원과 상관없이 입학을 허가하지 아니한다.
5) 본 요강에 명시되지 않은 입학 관련 사항은 보건복지대학원운영위원회에서 정한다.

◆ 동점자 처리기준

동점자처리기준	**제 1순위**	구술·면접성적	※ 성적처리과정에서 최종성적은 소수점 셋째자리에서 반올림함
	제 2순위	서류심사	
	제 3순위	동일계	

◆ 전형일정

구 분	일 정	비 고
원서접수 (방문접수)	2025. 10. 20(월) ~ 11. 7(금) 18:00까지	* 교부 : 보건복지대학원 홈페이지에서 다운로드 * 접수 : 을지대학교 8층 대학원 교학과 월~금(09:00~18:00)
서류심사	2025. 11. 21(금)	
구술면접	2025. 11. 22(토) 10:00	
합격자 발표	2025. 11. 28(금)	대학원 홈페이지 : 합격증 출력 및 안내사항
등록예치금 납부	2025. 12. 2(화) ~ 12. 4(목)	신한은행 전 지점
최종 등록	2026. 2. 3(화) ~ 2. 5(목)	신한은행 전 지점
*입학원서는 본 대학 보건복지대학원 홈페이지에서 다운로드 우)11759 경기도 의정부시 동일로 712 을지대학교 대학원 교학과		

◆ 지원자 유의사항

1) 원서접수는 방문 접수만 가능하며 인터넷 접수는 실시하지 않는다.
2) 접수가 완료되면 접수를 취소할 수 없고 제출된 서류와 전형료는 일체 반환되지 않으며, 접수된 원서의 기재사항에 대한 변경은 불허한다.
3) 대학원 입학원서의 기재 착오 및 구비서류 미비 등으로 인한 불이익은 우리 대학에서 책임지지 않는다.
4) 지원자의 추가 제출서류는 2025년 11월 12일(수)까지 도착하여야 하며 2025년 11월 12일(수)까지 서류가 도착하지 않으면 불합격으로 처리할 수 있다.
5) 구술·면접시험 대상자는 전형기간 중 수험표 및 신분증을 반드시 지참하여야 하고, 수험표를 분실하였

을 때는 입학원서에 첨부된 동일 사진 1장을 준비하여 대학원 교학과에서 재교부 받아야 한다.

6) 제출서류의 기재사항이 허위로 판명되거나 기타 부정한 방법으로 합격한 자에 대하여는 합격 또는 입학을 취소하고 이미 납부한 전형료 및 등록금은 반환하지 않는다.
7) 대학원 입학원서상의 연락처가 불분명하여 발생하는 불이익에 대해서는 우리 대학이 책임지지 않는다.
8) 구술·면접시험 시작 10분전까지 시험장 입실을 반드시 완료하여야 하며, 구술 및 면접고사에 불참하는 경우 불합격으로 처리한다.
9) 지원자가 수학능력에 못 미친다고 판단되는 경우 모집인원과 상관없이 입학을 허가하지 아니한다.
10) 우리 대학 내의 모집 기간이 같은 타 대학원에 복수 지원할 수 없다.

◆ 합격생 유의사항

1) 합격자 발표는 개별 통보하지 않으며, 합격증 및 등록금고지서는 우리 대학원 홈페이지에서 출력하여야 한다. 정해진 기간 내에 등록을 필하지 않았을 경우 입학 의사가 없는 것으로 인정하여 합격을 취소한다.
2) 본 대학원에 합격하여 등록한 자가 입학을 포기하고 등록금을 환불받고자 하는 경우 **2026년 2월 27일(금)까지** 등록금 납부 영수증, 통장사본(본인)을 구비하여 **입학포기각서(소정양식)**를 제출하여야 한다(학기가 시작되면 환불 불가함). 등록금 반환은 학교 수업료 및 입학금에 관한 규칙(교육부령)에 따라 반환한다(입금 수수료는 지원자 부담임).

◆ 전형료 : 65,000원

▣ 기타문의사항 : 을지대학교 보건복지대학원

Tel. (031) 951-3620~1 / Fax. (031) 951-3913
E-mail grad@eulji.ac.kr
홈페이지 https://cph.eulji.ac.kr
우)경기도 의정부시 동일로 712

2026학년도 전기 보건복지대학원 편입학 원서

※ 수 험 번 호	

과 정 구 분	석사과정
지 망 학 과	학과 전공

지원자 인적사항

성 명	(한글)	(영문)	성별	남·여	사 진 (3㎝×4㎝)
주민등록번호		–			

학력

출신고교	년 월 일	고등학교 졸업
검정고시	년 월 일	지 구 검정고시 합격
전문대학	년 월 일 전문대학 학과 입학 년 월 일 전문대학 학과 졸업	
출신대학교	년 월 일 대학교 학과 (신·편)입학 년 월 일 대학교 학과 졸업	
출신대학원	년 월 일 대학교 대학원 학과(전공:) (신·편)입학 년 월 일 대학교 대학원 학과(전공:) 졸업	
기타학력	년 월 일 대학교 학과 (신·편)입학 년 월 일 대학교 학과 졸업	
학위등록번호	(학사)	(석사)

경력

기 간	근 무 처	직 위	면허 및 자격증
~			① (※면허번호 기재요망)
~			② (※면허번호 기재요망)
~			③ (※면허번호 기재요망)
~			④ (※면허번호 기재요망)

병역관계	예비역( )·보충역( )·징집면제( )·현역( )	군별		계급		군번	

현 주 소	□□□□□	연락처	
직장 주소	□□□□□	E-mail	
직 장 명			

보호자	성 명		관계		직업		연락처	
	주 소	□□□□□						

위 본인은 귀 대학교 대학원에 입학하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다.

년 월 일

지원자 성명 : (인)

을지대학교 총장 귀하

접수확인
접수자 : (인)

편입학원서(부본)

2026학년도 전기 보건복지대학원

수험번호		
성 명	(한글)	
	(영문)	
생년월일		
과정구분	석사과정	
지원학과	학과	
출신대학교	년 월 일 대학교 학과 졸업	
출신대학원	년 월 일 대학교 대학원 학과 전공 졸업	
지 원 자 주 소	□□□□□	
연락처	전 화	
	이동전화	
	E-MAIL	
직장명	직 장 명	
	직장전화	

사 진

3㎝×4㎝

접수자 (인)

수 험 표

2026학년도 전기 보건복지대학원

수험번호	
성 명	
과정구분	석사과정
지망학과	학과

사 진

3㎝×4㎝

접수자
(인)

을지대학교 보건복지대학원

※입학원서 작성요령

1. 과정구분 : 해당란에 "○" 또는 "∨" 표시
2. 지망학과 : 모집요강의 모집학과를 확인하고 학과, 전공 기재
3. 성명 및 생년월일 : 각종 제출서류와 동일하게 기재
4. 사진 : 입학원서상의 모든 사진은 가로 3㎝, 세로 4㎝의 최근 3개월 이내 촬영한 동일원판의 상반신 사진
5. 학력사항 : 출신고교, 출신대학, 출신대학원 기재
   - 출신대학을 편입학한 경우 출신전문대학 학력 정보 필히 기재함.
   - 출신대학 졸업 후 다른 대학에 입학한 경우 다른 대학 학력정보는 기타학력에 기재함.
   - 학점은행제 졸업자는 출신대학명에 학점은행으로 기재함.
6. 면허 및 자격증 : 지원학과와 관련있는 자격증 순으로 우선 기재 예) 간호사면허(1234)
7. 학위등록번호 : 학위등록번호를 기재함.
8. 지원자 및 보호자의 성명, 현주소, 직업, 전화번호 : 연락가능한 주소, 전화번호를 정확하게 기재하여야 하며, 잘못 기재된 사항으로 인한 모든 불이익은 지원자 책임임.

을지대학교 보건복지대학원

개인정보 수집·이용 동의서

수험번호 :

을지대학교 대학원에서는 입학전형 및 합격자의 학적 생성과 관련하여 관계 법령에 따라 개인정보가 안전하게 관리될 수 있도록 하고 있으며, 아래와 같이 개인정보 수집·이용에 대한 동의서를 받고 있습니다.

◆ 수집목적

▷대학원 입학전형을 위해 개인정보 수집

◆ 수집근거

▷대학원 입학전형과 관련된 사항은「고등교육법시행령」제35조에 따라 입학전형 자료를 수집할 수 있으며,「고등교육법시행령」제73조에 따라 입학지원자의 주민등록번호가 포함된 자료를 처리 할 수 있음

◆ 주민등록번호 수집 · 이용 사항 고지

※ 개인정보보호법 제24조의2제1항제1호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 처리목적	개인정보 항목	수집 근거
입학업무처리	**주민등록번호**	고등교육법시행령 제73조 (고유식별정보의 처리) 제1항2호

◆ 개인정보 수집 · 이용 동의

수 집 항 목		수집목적	보유기간
필수	지원사항(전형구분, 학과), 지원자(성명, 국적, 사진, 주소, 전화번호, 이메일, 환불계좌정보) 학력사항	입학업무처리	**5년**
선택	경력사항, 면허 및 자격증 사항, 학업계획서, 병역사항, 보호자 연락처 등		

※ 필수항목 개인정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 입학원서 제출에 제한을 받을 수 있습니다.

※ 선택항목 개인정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 입학원서 제출은 가능하나, 입학전형에 불이익을 받을 수 있습니다.

(필수) 개인정보 수집·이용 동의	□ 예	□ 아니오
(선택) 개인정보 수집·이용 동의	□ 예	□ 아니오

20 년 월 일

지원자 : _____(서명)

을지대학교 보건복지대학원장 귀하

※ 수 험 번 호	

학 업 계 획 서

성 명	(인)	생년월일	
지원사항	학과	전공	석사과정

학업계획 (자기소개 및 본 대학원에 지원하게 된 동기, 입학 후 학업이수계획, 연구관심분야 및 연구계획 등을 자유로운 형식으로 기재하십시오)

※ 별지사용가능함.

추 천 서

추천내용

위 사람은 본교 대학원 입학지원자로 적격하다고 인정되므로 이에 추천합니다.

20 년 월 일

추천인 : _____학과

학과장(주임교수) 또는 지도예정교수 _____ (인)

을지대학교 보건복지대학원장 귀하