|  |
| --- |
| **추 천 서** |

**성 명 :**

**생년월일:**

**학교명:**

**전공학과:**

\*위 학생에 대한 추천 사유를 간단히 적어 주십시오.

|  |
| --- |
|    |

위의 사항은 뇌과학이미징연구단 2024 Summer School 지원할 자격을

충분히 갖추었다고 사료되어 연구단 썸머스쿨 지원을 추천합니다.

2024 년 월 일

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_대학교 과

 추천교수 (인)