

5

전형 요소

전형요소	배점	전형총점
면접고사	100%	100점 만점

□ 학교폭력예방법에 따른 학교폭력근절 및 조치사항 반영(총점을 기준으로 감점 부여)

- 1~3호: 3% 감점, 4~5호: 5% 감점, 6~7호: 7% 감점, 8~9호: 10% 감점(소수점 이하 셋째 자리에서 반올림)

※ 국외고 출신자 등 학교폭력 조치사항을 반영하기 어려운 경우는 제외할 수 있음

6

면접 고사

가. 대상: 지원자격을 충족한 지원자 전체

나. 방법: 지원자가 제출한 학교생활기록부 등 참고서류를 기초로 진로 계획, 전공기초 소양 및 전공 적합도, 학문적 열정, 적성 및 인성 등을 종합적으로 평가

다. 면접점수는 100점 만점으로 평가하고, 면접위원별 점수를 합산하여 평균 점수를 적용

라. 면접점수 평균이 60점 미만인 경우, 모집인원 내에 포함되더라도 “불합격”으로 처리

7

선원건강검진

가. 대상: 해사대학 지원자

나. 제출기한: 2026. 7. 24.(금) 18:00 [건강진단서(국외/원양용, 특수건강검진 사항 포함한 원본)]

다. 건강검진 의료기관: 「의료법」에 따른 병원급 이상의 의료기관 또는 해양수산부령으로 정하는 기준에 맞는 의원(국내 의료기관에 한함)

(※우리대학 입학정보 홈페이지의 입학공지 참조)

라. 합격기준: 다음의 『건강검진 판정기준표』 【별표 1】에 따른다.

마. 건강검진 시 지참물: 신분증(주민등록증, 운전면허증), 검진 수수료, 건강진단서【서식 4】 및 건강검진 판정기준표【별표 1】

바. 건강검진 결과는 합격·불합격 판정 자료로만 활용함

사. 건강진단서가 제출기간 내에 도착하지 않은 경우 불합격 처리함

아. 검사 의사명 및 서명 란에는 의사의 성명을 기재하고 서명하여야 함

자. 발급 의료기관명을 기재하고 날인하여야 함

차. 건강진단서는 제출일로부터 3개월 이내 건강진단 실시 및 발급분에 한함

카. 진단서 제출 시 상단에 우리대학 수험번호를 직접 기재하여야 함

2027학년도 재외국민 특별전형 입학원서

지원 사항	지원 학부(과)		수험번호	※	
	유형 구분				
	지원자 구분				
지 원 자	성 명	한 글			
		영 문			
	주 민 등 록 호	-	국적		
	생 년 월 일	년 월 일	성별	□남 □여	
	출 신 고 교	년 월 일	고등학교 (졸업예정□, 졸업□)		
연 락 처	주 소	(-)			
	휴대전화		자택전화		
	추가연락처		지원자 e-mail		
전형료 환불 계좌	은행명	계좌번호		예금주명	
본인은 귀 대학에 입학하고자 소정의 서류를 갖추어 지원합니다. 년 월 일 지원자 성명 ㉠ 국립목포해양대학교 총장 귀하					

※ 유형 구분

① 외국 영주 교포의 자녀 ② 외국 근무 공무원의 자녀 ③ 외국근무 상사 직원의 자녀 ④ 외국정부 또는 국제기구 근무자의 자녀 ⑤ 정부초청 유치과학자 및 교수요원의 자녀 ⑥ 현지법인 근무자의 자녀 ⑦ 현지 자영업자의 자녀 ⑧ 외국 유학생의 자녀 ⑨ 해외파견 교직원 ⑩ 전 교육과정 이수자 ⑪북한이탈주민

[서식 2]

수학기간 기록표

※ 반드시 컴퓨터로 작성하시기 바랍니다.

수험번호		성명		지원학부(과)		유형구분	
------	--	----	--	---------	--	------	--

☐ 지원자 학력사항 기재 (초등학교부터 고등학교까지 순서에 의해 수학한 모든 학교를 기재)

학 교 명	재학기간		학교소재지		해당하는 학년, 학기에 음영으로 표시																							
	기 간	재학년수	국가명	도시명	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년	7학년	8학년	9학년	10학년	11학년	12학년	13학년											
					1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	~	년 개월																										
	총 재학기간	년 개월	외국 학교 재학기간		년 개월						국내 학교 재학기간						년 개월											
교포 학생 기재란	영주국()	영주권번호()	최초 출국일()	년 월 일	최종 귀국일()						년 월 일																	

이상의 내용이 사실과 다름이 없음을 확인함.

20 . . .

지원자 :

(서명)

보호자 :

(서명)

제3국 수학 사유서

◆ 지원자 기재사항

성명	(서명)	수험번호	*
지원모집단위	대학 학부(과)		
학생 재학국		보호자 근무국	
제3국 수학기간	년 월 일(학년 학기) ~ 년 월 일(학년 학기)		

◆ 제3국 수학 사유

■ 증빙서류 목록(신문기사 등) :

[서식 4]

건강진단서 CERTIFICATE OF MEDICAL EXAMINATION				
신청인 (Applicant)	성명(Name)		성별(Sex)	
	생년월일 (Date of Birth)		국적 (Nationality)	
건강진단결과 (Results)	신장(Height)	cm	혈압(Blood Pressure)	
	체중(Weight)	kg	혈액형(Blood Type)	
	청력(Hearing)	좌LT : 우RT :	시력(Visual acuity)	좌LT : 우RT :
	색각(Colour Vision)		흉위(Circumference of Chest)	cm
	혈액/조혈계 (Blood disorders)		감염병(Infections)	
	정신계 (Mental disorders)		피부질환 (Skin disorders)	
	순환계 (Cardiovascular system)		신경계 (Nervous system)	
	생식및비뇨계 (Genito-urinary conditions)		소화계 (Digestive system)	
	당뇨(Diabetes)		간장(Liver)	
	호흡계 및 흉부X선검사 (Respiratory disorders & Chest-X Ray)			
	특수건강진단에 포함 (Special Examination Only)	빈혈(Anemia)		
		소변 및 매독(Urine and Syphilis)		
의료인 (Declaration of the recognized medical practitioner)	검사 시 피검자 신분 확인 여부(Confirmation that identification documents were checked at the point of examination)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	청력 충족 여부(Hearing meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	보조기 미착용시 청력 충족 여부(Unaided Hearing satisfactory?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	시력 충족 여부(Visual acuity meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	색각 충족 여부(Colour Vision meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	최근 색각검사일(Date of last colour vision test) 년 월 일			
	경계업무 적합성(Fit for lookout duties)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	건강에 제한이나 제약사항이 있는가?(Any limitations or restrictions on fitness?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	제한이나 제약사항 기술(If "Yes", specify limitations or restrictions)			
	선원이 승선 이후 승무가 부적합하게 되거나 타인의 건강을 위해할 가능성이 있는 증상이 있는가?(Is the seafarer suffering from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
건강진단 실시일(Date of Exam)			년 월 일	
유효기간만료일(Date of Expiry)			년 월 일	
선원의 서명 (Seafarer's signature)		검사 의사명 및 서명 (Name and Signature of Examinee)		
본인은 이 진단서의 내용과 STCW 협약 A-1/9조 제6항에 따라 진단서 내용에 대하여 재검토를 받을 권리가 있다는 설명을 들었습니다.(I have been informed the content of the certificate and of the right to review in accordance with paragraph 6 of section A-1/9 of the STCW Code)				
「선원법 시행규칙」 제54조의2에 따라 STCW 협약과 해사노동협약의 관계 기준을 충족하였기에 이 건강진단서를 발급합니다.(It is issued, under the article 54-2 of the enforcement ordinance of the Seafarers' Act, to meet the requirements of both the 1978 STCW Convention as amended and the Maritime Labour Convention, 2006.)				
발급일(Date of Issue) : 년 월 일				
발급 의료기관명(Official name of issuing Authority) 직인(Stamp)				
(전화번호)				

※ 건강진단서 제출 시 상단에 우리대학 수험번호 직접 기재 요망

수험번호

사실증명 발급신청(조회)에 대한 위임장

증명종류

■ 출입국에 관한 사실증명

위임하는 사람 (발급대상자)	성명		주민등록번호 (외국인등록번호)	-
	연락처			
	주소			

용도	대학 입학	제출처	목포해양대학교 입학학생처
----	-------	-----	---------------

위임받은 사람 (신청인: 목포해양대학교 입학학생처)	성명	목포해양대학교 입학학생처 입학전형 담당자
	연락처	061-240-7022
	주소	전라남도 목포시 해양대로 91 목포해양대학교 입학학생처

「출입국관리법」 제88조 및 동법 시행규칙 제75조의 규정에 따라 출입국에 관한 사실증명(외국인등록사실증명)의 발급 신청(조회) 및 수령에 관하여 위와 같이 위임합니다.

년 월 일

위임하는 사람: (서명 또는 인)

출입국관리사무소장

유의사항 Notice

1. 위임한 사람의 신분증(사본)을 첨부하셔야 합니다.
2. 다른 사람의 서명 또는 인장의 도용 등으로 허위의 위임장을 작성하여 증명서의 신청 또는 수령한 경우에는 관련 법률에 따라 처벌받을 수 있습니다.
3. 위임은 작성한 날부터 6개월까지만 유효합니다.

※ 학생 및 부모 모두 제출합니다. (단, 전교육과정 이수자는 학생만 제출)