

臺北醫學大學 醫學院 臨床醫學研究所

博士學位候選人資格考試申請書

年 月 日

研究生姓名		年級		學號	
指導教授：		共同指導教授：			
論文計畫題目：					
修業課程及學分：					
課程名稱	修業年級	必/選修	學分數	備註	
學分總計					
已通過進度報告審查次數： 次 (博三生至少需有1次；博四生至少需有2次)					
所長 簽章			指導教授 簽章		
行政老師 簽章			核對 簽章		
檢附：1.博士班歷年修業成績單一份 2.博士研究計畫摘要 (含研究方向及實驗方法、初步研究結果)					
審查結果：					