**馬偕醫學院博士學位候選人資格考核申請單**

 **學年度 第　 　學期**

**系 所 別：**

**肄業年級：**

**學　　號：**

**姓　　名：**

**檢附文件：歷年成績表一份**

* 各系(所)應詳實審核申請博士學位候選人資格考核之研究生，是否已修畢系(所)規定之必修科目，並符合系所修業辦法規定之資格考核相關規定。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請人簽章：** | **年　　月　　日** |
| **指導教授簽章：** | **年　　月　　日** |
| **系所主管簽章：** | **年　　月　　日** |

註：本申請表由博士班研究生填寫(檢附歷年成績表)，向所屬學系 (研究所)提出申請，經指導教授、系(所)主管簽章後，由所屬系(所)審核後，併同申請審核名冊送交課務組。