國立成功大學醫學資訊研究所

114學年度研究生指導教授同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： | 生日： 年 月 日 | 籍貫： |
| 學號： | 身份：□碩士 □博士 | 手機： |
| 家長姓名： | 服務機關： | 電話： |
| 畢業學校(請寫出校系) | 學士： ( 年畢業) | |
| 碩士： ( 年畢業) | |
| 永久地址： | | 電話：( ) |
| 通訊地址： | | 電話：( ) |
| 指導教授簽名： | | |
| 所長簽名： | | |

註：請同學於報到後一個月內將同意書經指導教授簽名後，送系辦林小姐轉所長蓋章，敬請注意!