**馬偕醫學院博士候選人資格考核申請審核名冊**

**＿ 學年度 第 ＿ ＿ 學期 填表日期： 　 年　 月　 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **系 所 名 稱： 學 系 (研究所) 博士班** | | | | | | | | |
| **申 請 資 格 審 核** | | | | | | | | |
| **年級** | **學號** | **姓名** | **應修 必修科目** | | **資格考核**  **委員** | **系所自訂**  **項目** | | **備註** |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
|  |  |  | **□符合** | | **□符合** | **□符合** | |  |
| **其他**  **說明事項** | |  | | | | | | |
| **上列研究生申請資格及檢附資料業經本系(所)審核無誤** | | | | | | | | |
| **初審** | **系所**  **承辦人** |  | | **系所主管** | | |  | |
| **複審** | **課務組** |  | | **註冊組** | | |  | |
| **核定** | **教務長** |  | | | | | | |

※各系所初審所屬研究生申請案後，應填列本名冊(檢附各研究生申請資料)，送課務組及註冊組複審，經教務長核定後，完成申請程序。「」