

收件日期： 年 月 日

台北醫學大學醫學資訊研究所			
第 學年度第 學期研究生學位考試申請切結書			
姓名		學號	
學制		年級	
指導教授		共同指導教授 (無則免填)	
通訊地址			
連絡電話		手機	
<b>切 結 書</b>			
<p>本人保證於本學期學位考試簽報撤銷截止日期前 2 天，補繳交該學制畢業之規定論文發表數量證明*，如逾時未繳或經查獲違反屬實，願同意系所予以撤銷本學期學位考試申請，且追繳學位考試委員審查費用。</p>			
*各學制畢業之規定論文			
碩士班暨碩士在職專班修業規定辦法第四條			
博士班修業規定第四條			
立切結書人：申請學生_____ (親簽)			
中華民國 年 月 日			
指導教授 親簽		行政老師 簽章	
所長 簽章	簽核意見：  簽章：_____		