中山醫學大學牙醫系碩、博班學生選擇論文指導教師同意單

民國 年 月 日填

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 學號 |  |
| 姓名英文拼音 |  | 班別 |  |
| 生日 | 民國 年 月 日 | 原畢業學校及科系 |  |
| 入學年月日 | 民國 年 月 日 | 原畢業年度 |  |
| 現在住址： |  | 聯絡電話： |
| 永久住址： |  | 聯絡電話： |
| E-mail |  | 手機： |
| 論文指導教師 | 簽章 | 共同指導教師 | 簽章 |
| 所長簽章 |  | 備註：說明： |