令和　　年　　月　　日

浜 松 医 科 大 学 長　　殿

氏　名　　　（自署または記名押印）

資　　格　　審　　査　　願

浜松医科大学学位規程第５条第２項の規程による博士（医学）の学位を申請したいので、資格の審査をお願いします。