令和　　年　　月　　日

浜松医科大学長　殿

氏　名　　（自署または記名押印）

学　位　申　請　書

浜松医科大学学位規程第１０条第４項の規程により関係書類及び学位審査手数料57,000円を添えて博士（医学）の学位の授与を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 指導教員承認印 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受付年月日受付番号 | 令和　 　年　 　月　 　日第　　　　　号 |

令和　　　年　　　月　　　日

浜松医科大学大学院医学系研究科医学専攻教授会承認

|  |  |
| --- | --- |
| 学位審査手数料 |  |