（別紙様式７の２）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介教員承認印 |  |  | ※  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 |  |  |