（別紙様式７の３）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　浜 松 医 科 大 学 長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年度入学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専攻

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　（自署または記名押印）

学　位　論　文　審　査　願

　浜松医科大学学位規程第１０条第２項及び浜松医科大学大学院医学系研究科医学専攻博

士学位論文審査実施要項第２の６（２）の規程により関係書類を添えて申請しますので審

査願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指導教員承認印 |  |  | ※  受付年月日  受付番号 | 令和　　　年　　　月　　　日  　第　　　　　　号 |