

語言治療與聽力學系碩士班

學生選擇論文指導教授同意單

民國 年 月 日填

學號：

研究生姓名		簽章	出生年月日	民國 年 月 日
入學年月日	民國 年 月 日		原畢業學校及科系	
預定畢業年月	民國 年 月 日		原畢業年月日	
現在住址： 永久住址：				聯絡電話 (公)： (私)：
研究方向				
論文指導教授 姓名		簽章	共同指導教授 姓名	簽章
系主任		簽章	備註： 說明：	

***指導教授同意單請於入學後第二學期註冊前繳交至學系辦公室。**

中山醫學大學語言治療與聽力學系碩士班

指導教授變更申請表

申請人姓名		申請日期	年 月 日
學號		入學日期	年 月 日
更換指導 教授原因			
原指導教授簽章：	變更後指導教授簽章：		
系主任簽章：			
備註：			