**保健營養學系碩士在職班論文指導教授同意單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 學 號 |  | | |
| 姓 名 |  | | |
| 現在住址 |  | | |
| 永久住址 |  | | |
| 電子信箱 |  | | |
| 電話 | (住家) (手機) | | |
| 研究主題(暫定) |  | | |
| 論文指導教授簽章 |  | | |
| 共同指導教授簽章 |  | | |
| 系主任簽章 |  | 行政老師簽章 |  |

本人已詳閱並願意遵循 年度保健營養學系碩士在職班新生手冊內所列之畢業相關規定 ; **修業年限至少為二年半**，若無法達到該畢業規定，本人同意延後或放棄學位論文審查資格。

研究生簽章：

中華民國 年 月 日