

臺北醫學大學口腔醫學院牙體技術學系

碩士班論文研究計畫審查申請書

Application Form for Master's Thesis Research Proposal Review

申請日期/Date：_____年Year_____月Month_____日Day

姓名Name：_____ 學號Student No.：_____

教授Advisor：_____ 共同指導教授Co-advisor：_____

論文題目(中文)：

Chinese Title

論文題目(英文)：

English Title

已修畢學分數Completed credits：

必修Eequire _____學分Credits、選修Elective _____學分Credits

檢附文件Attach documents：

文件清單	自我檢核 Self-Check	學系覆核 Department- check
1. 論文研究計畫審查委員推薦表(附件一) Committee Recommendation Form(Appendix I)		
2. 論文研究計畫審查同意書(附件二) Consent Form for Research Proposal Review (Appendix II)		
3. 著作權授權利用同意書(附件三) Copyright License and Consent Agreement (Appendix III)		
4. 論文研究計畫 Thesis Research Proposal		

申請人簽章student sign：

指導教授簽章Advisor sign：

所長簽章Chairman sign：

附件一

Appendix I

臺北醫學大學口腔醫學院牙體技術學系碩士班

論文研究計畫審查委員推薦表

Committee Recommendation Form

學 生 姓 名 N a m e		學 號 N o .		指 導 教 授 姓 名 A d v i s o r	
				共 同 指 導 教 授 姓 名 C o - a d v i s o r	
論 文 名 稱 T h e s i s (中 文) C h i n e s e					
論 文 名 稱 T h e s i s (英 文) E n g l i s h					

指導教授為當然委員，請勿填入推薦名單；若推薦共同指導教授為委員，請填入推薦名單，並於備註欄註明。指導教授及共同指導教授不得擔任召集人。

校內委員圈選		姓名 Name	職稱 Title	服務單位 Department	聯絡電話 TEL	備註
召集人 Chairperson	委員 Committee Member					
校外委員圈選		姓名	職稱	服務單位	聯絡電話	備註
召集人	委員					
指導教授Advisor				系所主任Chairman		

臺北醫學大學口腔醫學院
牙體技術學系碩士班論文研究計畫審查同意書
(指導教授推薦函)

Consent Form for Research Proposal Review

研究生_____之研究計畫「_____

_____」，經本人審

查同意 請准予提會查。

The Master's student _____ entitled

“ _____ ”

has been reviewed and approved by me. Please allow it to be submitted for
further review.

指導教授Advisor： _____

中 華 民 國

年

月

日

著作權授權利用同意書

本人_____所(擬)撰(著)_____學年度第__學期之臺北醫學大學口腔醫學院牙體

技術學系碩士班碩士學位論文(論文題目：_____)，為接受指

導教授與各方先進在智慧財產與各項資源之協助下所完成，爰是，本論文之著

作權應屬所有對本論文之完成有貢獻者所共有。本人 ☐ 同意 ☐ 不同意 本論文之部

份或全部內容，基於學術研究、教學、評論或非營利目的，得以文字、圖片或

其他格式，為重製、改作、編輯或公開發表於任何媒體、會議或期刊等一切適

當之利用，其作者與單位之列名與排序，應由指導教授依實際貢獻度與參予度

調整排名之。

此致

臺北醫學大學口腔醫學院牙體技術學系碩士班

姓名：

立書人： 地址：

身份證統一編號：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

Copyright License and Consent Agreement

I, _____, author of the Master's thesis prepared (or to be prepared) in the _____ academic year, _____ semester, for the Master's Program in Dental Technology, College of Oral Medicine, Taipei Medical University (Thesis Title: _____), acknowledge that this thesis has been completed under the guidance of my advisor and with the intellectual property and resource contributions of various parties. Accordingly, the copyright of this thesis shall be held jointly by all contributors who have made substantive contributions to its completion.

☐ I agree / ☐ I do not agree that portions or the entirety of this thesis may be reproduced, adapted, edited, or published in any medium, conference, or academic journal for purposes of academic research, teaching, commentary, or other non-profit uses.

The authorship and order of authors and affiliations shall be determined and adjusted by the advisor according to the actual degree of contribution and participation.

Sincerely,

Master's Program in Dental Technology
College of Oral Medicine
Taipei Medical University

Name:

Address:

National ID No.:

Contact Number:

Date: _____ (YYYY/MM/DD)