**馬偕醫學大學醫學系臨床醫學碩士班研究計畫口試成績表**

\_\_\_\_\_學年度 第 學期

姓 名： 學號：

碩 士 班 年級

考試日期： 年 月 日

指導教授：

召 集 人：

口試委員：

評定結果： □通過　　□不通過

建議與評語：

口試委員簽名：

備註：

1.口試結束後，口試委員須將本表交召集人彙整評定結果。

2.口試委員應審核論文計畫與專業領域是否符合。