8-2-4

**國立臺北護理健康大學護理助產及婦女健康系碩士班**

**NTUNHS Department of Nurse-Midwifery and Women Health**

**論文學位考試口試審查意見表**

**Comments Sheet of Committee in Oral Defense for Master degree**

□通過Accepted

□修改後通過Accepted after revision

□不通過Rejected

姓名Name：

成績Score：

論文題目Thesis Title：

審查意見Comments：

|  |
| --- |
|  |

口試審查委員簽名Signature of Committee Member：

English/Chinese: 日期Date： (Y)/ (M)/ (D)

附註：1.簽名處均需簽上中文和英文

All signatures require in both Chinese and English.

2.完成口試後，請將此表送至護理助產及婦女健康系辦

Please submit this sheet to the administrative office in department of nurse-midwifery and women health (B519) after oral defense.

**國立臺北護理健康大學**

領 款 收 據Receipt

中華民國 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 領款人姓名 |  | 服務機關及職稱 |  |
| 費 別 | □演講費 □鐘點費 □出席費 □審查費 □撰稿費  □專家諮詢費 □口試費 □論文指導費 □交通費  □其他：  □校內工讀費（請另檢附「臨時人員出勤明細表」） | | |
| 摘 要 | 日期時間：  單價：  數量（時數/字數/件數）： | | |
| 金 額 | **新臺幣（大寫） 拾 萬 仟 佰 拾 元整**  （零、壹、貳、叁、肆、伍、陸、柒、捌、玖） | | |
| 以上金額業已如數領到無訛 此據 謹致  國立臺北護理健康大學  具領人簽章：  戶籍所在地： 縣（市） 鎮（鄉） 區 里（村） 鄰  街（路） 段 巷 弄 號 樓  國民身份證統一編號：  □銀行名稱： 分行： □郵局  匯款帳號：  （外籍人士須附護照影本，護照號碼： ，代扣稅額： ） | | | |

**※未領取現金且於本校未有帳戶資料者，請填列帳戶資料，俾利匯款※**