

長庚大學中醫學系 中醫藥研究 修習同意書

中醫學系_____年級學生_____（學號：_____），選修

中醫藥研究課程，經由本校_____學院_____系（所）

_____老師同意，於_____學年度第_____學期在老師實

驗室接受指導。

指導老師_____（簽名）

課程老師_____（簽名）

年 月 日