別記様式第１０号（第１９条関係）

（連合創薬医療情報研究科の場合）

○博甲第　　　　号

学　　　位　　　記

本籍（都道府県名）

氏　　　　　　　名

年　　月　　日　生

岐阜大

学の印

本学大学院連合創薬医療情報研究科○○○専攻博士課程の研究指導を○○大学において受け学位論文審査及び最終試験に合格したことを認める

　　岐阜大学大学院連合創薬医療情報研

究科委員会

右記の認定により博士（専攻分野の名称）の学位を授与する

論文名

年　　月　　日

岐　阜　大　学