



박사 학위 청구 논문 심사 자격 확인서

Approval for Eligibility for Examination of Doctoral Dissertation

지도교수 Advisor	학과주임 Head of Dept.

과정 Degree	학과명 Department	학번 Student No.	학기 Semester	성명 Name	지도교수 Advisor
박사 Doctoral					
석박사통합 Integrated Master's-Doctoral					

SCIE여부	논문명 Title	게재 학술지명 Journal	ISSN	권, 호, 쪽 Vol./No./pp	게재 년, 월, 일 Date of Publication	증빙자료 제출 여부 Proof (Y/N)

위 학생은 SCIE 논문의 주저자임을 확인함

20 년(yyyy) 월(mm) 일(dd)

신청자(Applicant):

(인) (Signature)

고려대학교 의과대학장 귀하

Korea University College of Medicine

박사 학위청구논문심사 자격 확인증 Receipt

과정	학과명	학번	학기	성명	지도교수	증빙자료제출 여부
박사						
석박사통합						

위 학생은 SCIE 논문의 주저자임을 확인함

20 년 월 일

고려대학교 의과대학장 귀하

Korea University College of Medicine

확
인
증