



فرم تعهد شماره ۱ دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره

ساکن (نشانی کامل)

که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته سال تحصیلی وزارت بهداشت درمان و آموزش

پزشکی پذیرفته شده ام ، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی

ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

محل امضاء