

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۱

اینجانب فرزند..... به شناسنامه شماره..... صادره
از..... 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 ندارم. و در صورتی که خلاف آن ثابت
شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی

امضا و تاریخ

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

مرکز سنجش آموزش پزشکی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.