فرم تعهد شماره 1

اینجانب............................. فرزند................................... به شماره شناسنامه.........................................به کد ملی.......................................... صادره از ........................................................................................

ساکن نشانی...............................................................................................................................................

که در آزمون کارشناسی ارشد رشته........................................... سال تحصیلی...........................وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می گردم که در سایر موسسات اموزشی وابسته و غیر وابسته به وزرات بهداشت در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم و در صورتیکه خلاف ان اثبات شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی متعهد :

امضاء:

تاریخ: