

فرم تعهد شماره ۱

اینجانب..... فرزند..... به شماره شناسنامه..... به.....

کد ملی..... صادره از.....

ساکن نشانی.....

که در آزمون کارشناسی ارشد رشته..... سال تحصیلی..... وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می گردم 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 صورتیکه خلاف ان اثبات شود قبولی اینجانب کان

لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی متعهد :

امضاء:

تاریخ: