

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۱:

اینجانب: فرزند: به شماره شناسنامه: 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 نیز ندارم و

در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ :

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

مرکز سنجش آموزش پزشکی