بسمه تعالی

فرم تعهد شماره 1

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