

فرم تعهد شماره ۲

بسمه تعالیٰ

اينجانب	فرزند	به شماره شناسنامه	صادره از	ساكن (نشاني كامل)
---------	-------	-------------------	----------	---------------------

که با هزينه دولت برای ادامه تحصيل در رشته
در دانشگاه علوم پزشكى و خدمات بهداشتى درمانى
پذيرفته شده ام ضمن عقد خارج
لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكى که از مفاد آن اطلاع حاصل
كرده ام را رعایت نموده اقدمي که خلاف شئونات دولت جمهوري اسلامي و مقررات جاري کشور
باشد بعمل نياورم و دوره تحصيلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و
موظف هستم در طول تحصيل بطور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصيل باشم و پس از اتمام
دوران تحصيل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكى
تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تائید وزارت مذکور نباشد از تحصيل
اخراج و يا محروم شوم و يا بعد از پایان دوره تحصيل از انجام تعهدات که برابر ایام تحصيل
مي باشد استنكاف نمایم متعهد می گردد معادل دو برابر شهریه و هزينه تحصيلی مصروفه را به
تشخيص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكى بصورت يكجا و بدون هيچگونه قيد و شرطی
به صندوق دولت پردازم و چنانچه نشاني خود که در تعهد نامه قيد شده است را تغيير دهم فوراً
مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کليه اخطاريه ها و ابلاغ ها به محل تعیين شده
در اين تعهد نامه ابلاغ قانوني تلقى می شود.

محل امضاء تعهد:

فرم تعهد شماره ۱

بسمه تعالیٰ

اینجانب صادره از ساکن(نشانی کامل) فرزند به شماره شناسنامه که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته وزارت بهداشت، وزارت و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد میشوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده ام و استغلال به تحصیل نیز ندارم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ

نام مراکزی را که طرح و خدمات قانونی و یا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید را در جدول ذیل قید بفرمایید:

نام یگان خدمت وظیفه	نوع مسئولیت	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه
نام مرکز انجام طرح			
چنانچه سوابق ایشارگری دارید و یا از وابستگان درجه یک خانواده های محترم شهداء، جانبازان، آزادگان، رزمندگان و مفقود الاثر می باشید ضمن الصاق گواهی و مستندات نوع ایشار و همبستگی را مرقوم نمائید.			
چنانچه با ارگانها و نهادها و سایر مراکز دولتی همکاری دارید گواهی مبنی بر همکاری خود را ارائه فرمایید.			

مشخصات و نفر از افراد موروثون و نفر از دوستان زمان تحسیل که با شماره ابطال نزدیک و اندیمه چکونه و ایگان خانوادگی نداشتند را در جدول ذیل مرقوم فرمایید:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	نحوه آشنایی	مدت زمان آشنایی	آدرس و تلفن
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرس دقیق محل سکونت خود را به طور دقیق در کادر ذیل مرقوم فرمایید:

نام استان	نام شهر	نام و نام منطقه پستی	نحوه آشنایی	آدرس و تلفن

نکات کامل‌ا قابل توجه

چنانچه سوابق حکومیت کیفری و یا مسونیت پذیرش داشته باشد و شایعی دیگری های انطباطی و حراست داشته باشند رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان و مراسچ قنایی و از زاید طور شفاف و مکتب به این فرم الصاق نموده تاریخ تعيین صلاحیت عمومی شا مشمول تائیز زمانی نگردد. ۲- هرگز همکاری و یا ایگان معانده و مخالف نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه، داشته باشد به اختصار مرقوم فرمایید.

ایجاب	پذیرفته شده کارشناسی ارشدر	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی هماهنگی ایران	فرم را در روز	به تاریخ	صادقانه بادقت تکمیل نموده و متویت صحت مدرجات آنرا بهمde کرده و در صورت اثبات خلاف درج امضاء	مطالب فوق و محروم شدن از اداء مهام تحسیل حق یچکونه اعتراضی را نخواهم داشت.

الصاق عکس

با سمه تعالی



فرم مشخصات پذیرفته شدگان کارشناسی ارشد سال تحصیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشت، درمانی کرج‌نشا

نام کامل دانشگاه محل اخذ کارشناسی

رشته پذیرفته شده کارشناسی ارشد	سال فراغت از تحصیل	سال ورود	رشته تحصیلی کارشناسی	نام کامل دانشگاه محل اخذ کارشناسی

نام :

نام خانوادگی :

نام خانوادگی	نام

شماره شناسنامه:	نام پدر	تاریخ تولد	محل تولد	صادره	دین و فرقه مذهبی
کدمی:					
نام و نام خانوادگی قبلی	وضعیت خدمت نظام وظیفه	شغل پدر	شغل مادر	وضعیت تأهل	نام مستعار
نام و نام خانوادگی	میزان تحصیلات	شغل	محل	کار همسر	آدرس و تلفن محل زندگی والدین

در صورتیکه پرسنل پیمانی یا رسمی قطعی نیروهای مسلح یا دیگر دوائر دولتی و نهادهای انقلابی هستید یک نسخه حکم حقوقی و نیز گواهی دال بر اشتغال و موافقت نامه مبنی بر ادامه تحصیل خود را ا الصاق نمائید. در غیر این صورت وضعیت اشتغال خود را مرقوم فرمائید.

کادر ذیل مربوط به دانشجویان ناپیوسته است

نام کامل دانشگاه اخذ درجه کارشناسی	رشته تحصیلی	سال ورود	سال فراغت از تحصیل

نام دانشگاه هایی را که به صورت مبهمان با انتقال سوابع یا ایامی را به تحصیل اشتغال داشته اید را در جدول ذیل قيد بفرمایید:

ردیف	نام دانشگاه	تاریخ شروع	تاریخ پایان	میهمان یا انتقال
۱				
۲				
۳				

داوطلب گرامی: نسخه مربیک و روشنابه متن کارشناسی ارشد این دانشگاه مدعی است این فرم را به اتمام بادقت مطابق و آنکه نسبت به کلیل پشت در روی فرم بخط کمال خواهد بودون قلم خود را بادست نموده تا در ذیل تضمین صلاحیت عمومی شناسنامه طول ننان گردد. ۱- چنانچه فارغ انتقال دانشگاه آزاد اسلامی استید، واحد منطقه‌آورد اس و میتوان را مرقوم فرمایید. ۲- این فرم می‌بایست در نزد مکمل کردد. ۳- پنج قلم مکمل، کپی کمال صفات شناسنامه، کارت ملی، کارت پیان خدمت یا احیافت تضمینی، از این کوایی احیام طرح یا موافقنامه دال بر احیام طرح پس از آنام دوره تحصیلات و از این توجه حساب اداره رفاه دانشجویان یا موافقت با اوام تحصیل باشاند از ای است.

فرم اطلاعات سیستم سما دانشجویان (رشته های کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی گرمانشاه

	دانشگاه پذیرفته شده
	رشته پذیرفته شده
	قطع
	تاریخ شروع تحصیل
	سهمیه ثبت نامی
	سهمیه نهایی
	نیمسال ثبت نام
۱۳ / /	تاریخ ثبت نام
	نوع پذیرش
بلی / خیر	بورسیه
	محل استخدام
	عنوان شغل
	نوع مدرک

شماره دانشجویی
نام خانوادگی / نام
جنس
نام پدر
شماره شناسنامه
کد ملی
۱۳ / / تاریخ تولد
استان محل تولد
شهر محل تولد
محل صدور شناسنامه
دین / مذهب
تعداد فرزندان وضعیت تأهل :
پایان خدمت وضعیت نظام وظیفه
معافیت پزشکی
نیروی نظامی / انتظامی
مشمول
درحال تحصیل وضعیت تحصیل
انتقال از سایر دانشگاهها
میهمان از سایر دانشگاهها
تغییر رشته
تلفن ثابت :
تلفن همراه :
نشانی محل سکونت
کد پستی:
E.mail

محل تحصیل مقطع قبلی
رشته
قطع
سال فراغت از تحصیل
معدل کل
وضعیت انجام طرح نیروی انسانی

نام و نام خانوادگی امضاء و تاریخ	محل الصاق عکس
-------------------------------------	---------------