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 ، وزارت 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 می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ