بسمه تعالی

فرم تعهد شماره 1 دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد

شماره:

تاریخ:

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه
(واحد تحصیلات تکمیلی)

اینجانب .....فرزند .....به شماره شناسنامه.....صادره از .....ساکن.....که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته.....سال تحصیلی 1401-1402 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 درصورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

آدرس: کرمانشاه –بلوار شهید بهشتی – روبروی بیمارستان امام علی (ع) ساختمان شماره 2 دانشگاه طبقه سوم – حوزه معاونت آموزشی – واحد تحصیلات تکمیلی - شماره تماس : 08338378099