بسمه تعالی

فرم تعهد عدم مغایرت مدارک دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد **شماره:**

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

اینجانب .....پذیرفته شده رشته .....مقطع کارشناسی ارشد سال تحصیلی 1402-1401 دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، صحت مندرجات فرم های تکمیل شده ثبت نام را تایید می نمایم و متعهد می گردد در صورت مغایرت مدارک ارسالی با اصل مدارک، دانشگاه می تواند مطابق مقررات نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام اقدام نمایند.

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