



برتقی

فرم تمد شماره ادانجیان متعل کارشناسی ارشد

شماره:

تاریخ:

معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

و خدمت بهداشتی، درمانی کرمانشاه

(واحد تحصیلات تکمیلی)

اینجانب فرزند به شماره
شناسنامه صادره از
ساکن 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 می شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء