



شماره: .....  
تاریخ: .....  
فرم تمدد عدم اشتغال به کار دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد

سازمان آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی، درمانی کرمانشاه  
(اداره تحصیلات تکمیلی)

اینجناب ..... به شماره دانشجویی .....  
پذیرفته شده نیمسال اول سال تحصیلی ..... مقطع کارشناسی ارشد  
ناپیوسته رشته ..... دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با آگاهی از  
مفاد آیین نامه آموزشی مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته مصوبه ۴۳ ام  
شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۸۹/۰۵/۱۸ مبنی بر  
"ممنوعیت هرگونه اشتغال به غیر از تحصیل برای دانشجویان" اعلام می  
دارم که در زمان ثبت نام و در طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ  
سازمان یا موسسه اشتغال به کار ندارم و در صورت اشتغال به کار،  
دانشگاه می تواند مطابق مقررات از ادامه تحصیل اینجناب ممانعت نماید.

## نام و نام خانوادگی

امضاء