بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۱

اینجانب .....فرزند .....به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... ساکن (نشانی کامل) ..... 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 شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء:

تاریخ: