



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 ندارم. در صورتی که
خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

امضاء :

تاریخ :