

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فرم شماره ۱

اینجانب فرزند..... با شماره ملی..... صادره از
ساکن (نشانی کامل)..... که در آزمون کارشناسی ارشد
رشته..... سال تحصیلی ۱۴۰۳ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام متعهد میشوم که در سایر
موسسات آموزشی 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 .

امضاء:

تاریخ:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی
مرکز سنجش آموزش پزشکی