



شماره :
تاریخ :
پیوست :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی کرمانشاه
معاونت آموزشی

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 ، وزارت 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

تاریخ