

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 ۱۴۰۱-۱۴۰۲ 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:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

مرکز سنجش آموزش پزشکی

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۲

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

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته..... مقطع..... از تاریخ.....در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... پذیرفته شده ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئون دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیآورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوره تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محل که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت پردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

محل امضاء متعهد:

مرکز سنجش آموزش پزشکی