

## بسمه تعالی

اینجانب ..... فرزند..... به شماره شناسنامه..... صادره از

..... ساکن.....

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 غیروابسته 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:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضا: