

بسمه تعالی

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از

..... ساکن

که در آزمون مقطع دوره تکمیلی علوم آزمایشگاهی سال تحصیلی ۱۴۰۴/۱۴۰۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیروابسته به وزارت بهداشت) در این مقطع 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: