بسمه تعالی

فرم شماره ۲

تعهد کتبی عدم اشتغال به تحصیل:

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از

ساکن (نشانی کامل) :

که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته سال تحصیلی **۱۴۰۴- ۱۴۰۳** *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام. متعهد می شوم که در سایر مؤسسات 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 ونام خانوادگی :

امضاء و تاریخ:

معاونت آموزشی
دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی