

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

ساکن (نشانی کامل).....

که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته -----

سال تحصیلی ۹۶-۹۷ 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 صورتیکه خلاف آن ثابت

شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی

امضاء

تاریخ

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی ، بهداشت و تخصصی

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۲

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

ساکن (نشانی کامل).....

که با هزینه دولت در رشته ----- مقطع از تاریخ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز 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 شئونات دولت جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم. 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 دوران تحصیل برابر مدت تحصیل را در هر محلی 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 استنکاف نمایم متعهد می شوم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطیه صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود را که در تعهد نامه قید شده تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اختاریه ها و ابلاغها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضای متعهد

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی ، بهداشت و تخصصی