

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 ..... 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

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 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 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 ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تائید 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 بپردازم 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 اختاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد:

معاونت آموزشی و امور دانشجویی

دبیرخانه شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی