

## فرم تعهد شماره ۱

### بسمه تعالی

اینجانب فرزند \_\_\_\_\_ به شماره شناسنامه \_\_\_\_\_  
صادر از \_\_\_\_\_ ساکن (نشانی کامل) \_\_\_\_\_

که در آزمون مقطع کارشناسی ارشد رشته \_\_\_\_\_ سال تحصیلی \_\_\_\_\_

وزارت بهداشت، وزارت و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد میشوم 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 می شود.

نام و نام خانوادگی \_\_\_\_\_

امضاء \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

بسمه تعالی

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 شهید بهشتی 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 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 بطور 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 تأیید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که برابر ایام تحصیل می باشد استتکاف 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 اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء تعهد: