

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم تعهد دانشجویان سال آخر

اینجانب پذیرفته شده چهل و نهمین دوره آزمون پذیرش
دستیار تخصصی پزشکی، و متعهد می گردم تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۶/۰۶ فارغ التحصیل
شوم و در غیر این صورت نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه
حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضا:

تاریخ:

رشته قبولی: