

اینجانب :

متولد سال

ساکن

تحصیلی

در گروه آموزشی

دارای شناسنامه شماره

فرزند

صادر از

که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه / شبانه رشته های

گروه های آموزشی مختلف از دوره کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۴۰

مقطع

در رشته

کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی

پذیرفته شده ام با توجه به ضیق وقت بدین وسیله متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال

دوم سال تحصیلی

۱۳۴۰ گواهی دال بر تسویه حساب یا موافقت صندوقهای رفاه دانشجویان وزارت بهداشت ،

درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وامهای رفاه دانشجویان مصوبه جلسه هیات وزیران مورخ

۸۲/۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تحویل دهم و در صورت عدم تحویل گواهی

فوق ، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۴۰ جلوگیری به عمل آورده

و در اینصورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت .

امضا :

تاریخ :