



فرم عدم اشتغال به تحصیل دانشجویان دکتری تخصصی (PhD)

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره

ساکن (نشانی کامل)

که در آزمون مقطع دکتری تخصصی (PhD) رشته سال تحصیلی وزارت بهداشت درمان

و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام، متعهد می‌شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع

دکتری تخصصی (PhD) یا سایر مقاطع ثبت نام نکرده‌ام 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 :

تاریخ :

محل امضا