

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

فرم شماره ۷

## فرم تعهد دانشجویان سال آخر

اینجانب پذیرفته شده دوره آزمون پذیرش  
دستیار تخصصی پزشکی ، و متعهد می گردم تا تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۳۱  
فارغ التحصیل شوم و در غیر این صورت ، نسبت به کان لم یکن  
نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هر گونه اعتراض را از خود سلب  
نمایم.

نام و نام خانوادگی :

امضاء:

تاریخ :

رشته قبولی: