



بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(Ph.D)

اینجانب..... فرزند..... به شماره شناسنامه
متولد / / ۱۳ صادره از ساکن(نشانی
..... کامل)

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته در نیمسال اول
نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
اصفهان پذیرفته شده ام متعهد می شوم کلیه ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که
در بدو ثبت نام از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده و اقدامی که خلاف شئون دولت
جمهوری اسلامی ایران و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت
معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. ضمناً موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام
وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام دوران تحصیل برابر مدت 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 یک برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف 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 دانشگاه محل تحصیل خود اطلاع دهم.
در غیر اینصورت ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ
قانونی تلقی می شود .

نام و نام خانوادگی

امضاء متعهد

تاریخ

فرم شماره ۳