



بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عام

(Ph.D)

اینجناب.....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 ۱۴۰۱ - ۱۴۰۰ 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 نیآورم 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