



فرم شماره ۴

فرم تعهد

اینجانب پذیرفته شده دوره آزمون پذیرش دستیار تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)، صحت مندرجات فرمهای تکمیل شده ثبت نامی را تأیید می نمایم و متعهد می گردم در صورت مغایرت مدارک ارسالی با اصل، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی:

امضا و مهر نظام پزشکی:

تاریخ:

رشته قبولی: