



فرم تعهد

اینجانب پذیرفته شده آزمون رشته دوره سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی مقطع MDPH سال 1396، صحت مندرجات فرم های 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: