

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / مأموریت آموزشی

(مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول به کار می باشند)

اینجانب به شماره دانشجویی پذیرفته شده در نیمسال

اول ☐ دوم ☐ سال تحصیلی ۱۴ - ۱۴ در مقطع کارشناسی ارشد دوره روزانه

رشته دانشگاه علوم پزشکی تعهد می نمایم با توجه به اشتغال بصورت

رسمی ☐ یا پیمانی ☐ در سازمان / دانشگاه علوم پزشکی حداکثر تا پایان

ترم اول (با توجه به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار) مرخصی بدون حقوق یا مأموریت

آموزشی (برابر طول دوره آموزش به مدت ۴/۵ سال) خود را جهت ادامه تحصیل از بالاترین مقام

مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری

بعمل آورد.

نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ