

رفتارپوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها ودانشکده های علوم پزشکی

اینجانب

فرزند

به شماره شناسنامه

صادره از

متولد

که درآزمون سراسری سال

پذیرفته شده ام

باعلم واگاهی کامل از مفاد آئین نامه رفتارپوشش حرفه ای دانشجویان دانشگاه ها ودانشکده های

علوم پزشکی متعهد به رعایت مقررات مندرج در آئین نامه می باشم

نام ونام خانوادگی

امضاء