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 وآگاهی کامل ازمفادآئین نامه رفتاروپوشش حرفه ای دانشجویان دانشگا هها ودانشکده های علوم پزشکی متعهد به رعایت مقررات مندرج درآیین نامه می باشم

 نام ونام خانوادگی

 امضاء