دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت آموزشی – مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی

فرم تعهد شماره 1 دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره

ازساکن (نشانی کامل)

که درآزمون‌مقطع کارشناسی ارشد رشته سا ل تحصیلی

وزارت‌بهداشت درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده ام ، متعهد می‌شوم که در سایر موسسات آموزشی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت) در مقطع کارشناسی ارشد یا بالاتر ثبت نام نکرده‌ام و اشتغال به تحصیل نیز ندارم ودر صورتی که خلاف آن ثابت شود قبولی اینجانب کان لم یکن تلقی شود.

نام و نام خانوادگی :

امضاء

تاریخ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت آموزشی – مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی

فرم تعهد عام شماره 2 دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره

ازساکن (نشانی کامل)

که با هزینه دولت برا ادامه تحصیل در رشته مقطع سال تحصیلی

در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود پذیرفته شده‌ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می‌شوم ضوابط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده‌ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد به عمل نیاورم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام و قت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمان دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تائید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می‌باشد استنکاف نمایم متعهد می‌گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارت خانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ‌ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می‌شود.

نام و نام خانوادگی :

محل امضاء متعهد

تاریخ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت آموزشی – مدیریت تحصیلات تکمیلی

بسمه تعالی

فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار دانشجویان کارشناسی ارشد

اینجانب پذیرفته شده در نیمسال اول ◇ نیمسال دوم ◇ سال تحصیلی

مقطع کارشناسی ارشد رشته بدینوسیله اعلام می‌دارم که به عنوان کارمند رسمی

در استخدام می‌باشم ◇ / دراستخدام هیچیک از سازمان های

دولتی و یا وابسته به دولت نمی‌باشم◇

بدیهی است در صوزت احراز عدم صحت مراتب فوق دانشگاه می‌تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری نماید.

نشانی محل کار

امضاء

نشانی محل سکونت :

شماره تلفن تماس در مواقع ضروری:

فرم اطلاعات عمومی دانشجویان تحصیلات تکمیلی (کارشناسی ارشد)

تاریخ تنظیم :

شماره دانشجویی :

نام خانوادگی :

نام :

نام پدر : شماره شناسنامه : محل صدور شناسنامه :

محل تولد : تاریخ : / / 13 کد ملی:

جنسیت : زن ◇ مرد◇ زبان : فارسی ◇ انگلیسی: ◇ عربی: ◇

دین : مذهب : ملیت : وضعیت تأهل: متأهل ◇ مجرد◇

وضعیت نظام وظیفه :

معافیت تحصیلی ◇ پایان خدمت ◇ معافیت دائم ◇ معافیت موقت ◇ و یا.....

تاریخ شروع به تحصیل :

نیمسال اول : ◇

نیمسال دوم : ◇

آخرین مقطع قبلی	کارشناسی پیوسته ☐ کارشناسی نا پیوسته ☐ دکترای عمومی ☐
	رشته : دانشگاه : تاریخ فارغ التحصیلی : / / 13

سال تحصیلی :

نوع دوره : روزانه ☐ شبانه ☐

رشته قبولی :

تاریخ آزمون :

سهمیه ثبت نامی (در آزمون) : آزاد☐ کارکنان ☐ مربیان☐ استعدادهای درخشان ☐ مناطق محروم ☐ خانواده شهدا☐ رزمندگان ☐

وضعیت اشتغال : شاغل : ☐ غیر شاغل : ☐ در صورت اشتغال : رسمی ☐ پیمانی ☐

مجوز ادامه تحصیل : مؤموریت آموزشی ☐ مرخصی بدون حقوق ☐ استعفا☐

نوع سکونت : بومی ☐ غیر بومی☐

نشانی دائم و کد پستی :

ایمیل (E.mail) :

تلفن ثابت : تلفن همراه:

امضاءدانشجو : **تاریخ :**