

فرم تعهد نامه مربوط به همسران خانم های متأهل قبول شده در دوره های تخصصی دندانپزشکی

شماره شناسنامه :

فرزند:

اینجانب :

شغل :

متولد:

صادر از :

به نشانی:

فرزند :

همسر/خانم دکتر:

متولد:

صادر از :

شماره شناسنامه :

فارغ التحصیل رشته دندانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که در رشته تخصصی

در سال
با آگاهی از تمامی قوانین و مقررات مربوط به تعهدات دوره دستیاری دندانپزشکی رضایت می دهم تا همسر من پس از پایان دوره آموزشی در هر محلی که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت انجام تعهدات تعیین می گردد ارائه خدمت نمایند.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء داوطلب: