

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

اینجانب: _____ فرزند: _____ شماره شناسنامه: _____
صادر از: _____ متولد: _____ شغل: _____
به نشانی: _____
همسر خانم دکتر: _____ فرزند: _____
شماره شناسنامه: _____ صادر از: _____ متولد: _____

فارغ التحصیل رشته دندانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در سال _____ که در رشته تخصصی _____ قبول شده است.
با آگاهی از تمامی قوانین و مقررات مربوط به تعهدات دوره دستیاری دندانپزشکی رضایت می دهم تا همسرم 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: