

فرم تعهدنامه مربوط به همسر خانم های متاهل پذیرفته شده در دوره های
تخصصی دندانپزشکی»

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه شماره ملی
صادره از تاریخ و محل تولد: / شغل
..... به نشانی محل کار همسر خانم دکتر
فرزند به شماره شناسنامه کد ملی
صادره از تاریخ و محل تولد: / فارغ التحصیل
رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در
سال که در آزمون پذیرش دستیار در رشته های تخصصی دندانپزشکی
سال در رشته تخصصی پذیرفته شده است ، با آگاهی از
تمامی قوانین و مقررات مربوط به تعهدات دوره دستیاری دندانپزشکی، اجازه و
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،
خدمات موضوع تعهد خود را انجام دهد.

محل امضاء همسر:

محل امضاء داوطلب/متعهد :