



عدم امکان نقل و انتقال دستیاران

بدین وسیله اینجانب آقای/خانم دکتر فرزند..... با شماره شناسنامه پذیرفته شده دوره دستیاری تخصصی بالینی در رشته ورودی سال تحصیلی..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک) متعهد می گردم که هرگونه تقاضای انتقالی به دانشگاههای دیگر به منزله انصراف از شروع دوره در این مرکز تلقی می گردد و عواقب آن بعهدہ اینجانب می باشد.

تاریخ:

امضاء دستیار:



عدم امکان نقل و انتقال دستیاران

بدین وسیله اینجانب آقای/خانم دکتر فرزند..... با شماره شناسنامه پذیرفته شده دوره دستیاری تخصصی بالینی در رشته ورودی سال تحصیلی..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی (اراک) متعهد می گردم که هرگونه تقاضای انتقالی به دانشگاههای دیگر به منزله انصراف از شروع دوره در این مرکز تلقی می گردد و عواقب آن بعهدہ اینجانب می باشد.

تاریخ:

امضاء دستیار: