



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران
دانشکده داروسازی

بسمه
تعالی

تاریخ تاریخ
: شماره
شماره
:
پیسوس

معاونت محترم آموزش تخصصی و تحصیلات تکمیلی

با سلام و احترام،

اینجانب..... دانشجوی **Ph.D**/دستیاری/کارشناسی
ارشد رشته.....مترقاضی گواهی اشتغال به تحصیل جهت ارائه
به دانشگاه/ موسسه می باشم . لذا متعهد می شوم
چنانچه با استخدام اینجانب در آن دانشگاه / موسسه موافقت گردید،
در اسرع وقت آموزش تخصصی و تحصیلات تکمیلی دانشکده را
نسبت به این امر آگاه نمایم ، در صورت عدم اطلاع ، کلیه عواقب
قانونی و آموزشی به عهده اینجانب خواهد بود.

امضاء دانشجو

تاریخ