



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان سمنان
دانشکده بهداشت دامغان

تاریخ:
شماره:
پیوست:

تعهدنامه

ریاست محترم دانشکده بهداشت شهرستان دامغان

باسلام و احترام؛

اینجانب..... فرزند..... متولد..... صادره از.....
با کد ملی دانشجوی نیمسال..... سال تحصیلی.....
به شماره دانشجوئی..... مقطع.....
رشته..... ضمن درخواست از جنابعالی جهت گذراندن بخشی از دوره
کارآموزی در شهرستان..... اداره/سازمان/شرکت/صنعت.....
.....

متعهد می گردم کلیه الزامات قانونی، اداری و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و محل
کارآموزی مورد درخواست را رعایت نمایم و با آگاهی کامل از کلیه ی قوانین اعلام می دارم
تمامی مسئولیتها از هر حیث به عهده ی اینجانب بوده و دانشگاه متبوع و دانشکده بهداشت
دامغان در خصوص موارد مذکور هیچ گونه مسئولیتی نداشته و نخواهند داشت. خواهشمند
است مساعدت نموده و با تقاضای اینجانب موافقت فرمائید.

آدرس محل کارآموزی:

امضاء و اثر انگشت دانشجو

تاریخ