



معاونت محترم دانشکده پزشکی شاهد

با سلام و احترام

اینجانب با مشخصات زیر متقاضی شرکت در آزمون صلاحیت بالینی مورخ می باشم. اینجانب با آگاهی از اینکه شرکت دانشجویان در آزمون فوق مستلزم پرداخت هزینه از طرف دانشگاه شاهد می باشد، متعهد می شوم در صورت غیبت در جلسه آزمون، کلیه هزینه های مربوطه را پرداخت نموده و نیز هر گونه پیامد احتمالی ناشی از عدم شرکت در آزمون فوق را به عهده می گیرم.

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

شماره دانشجویی:

تاریخ فارغ التحصیلی:

امضاء دانشجو