



## معاونت محترم دانشکده پزشکی شاهد

### با سلام و احترام

اینجانب با مشخصات زیر متقاضی شرکت در آزمون صلاحیت بالینی **دانشگاه علوم پزشکی تهران در روز چهارشنبه مورخ ۱۵ مهرماه ۱۴۰۵** می‌باشم. اینجانب با آگاهی از اینکه شرکت دانشجویان در آزمون فوق مستلزم پرداخت هزینه از طرف دانشگاه شاهد می‌باشد، متعهد می‌شوم در صورت غیبت در جلسه آزمون، کلیه هزینه‌های مربوطه را پرداخت نموده و نیز هرگونه پیامد احتمالی ناشی از عدم شرکت در آزمون فوق را به عهده می‌گیرم.

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

شماره شناسنامه:

کد ملی:

شماره دانشجویی:

تاریخ فارغ التحصیلی:

شماره تماس:

امضاء دانشجو