



**« فرم تعهدنامه مربوط به همسران خانم های متاهل پذیرفته شده در دوره های تخصصی دندانپزشکی »**

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از .....  
متولد ..... دارای کد ملی ..... شغل ..... به نشانی محل کار .....  
..... نشانی محل سکونت ..... همسر خانم دکتر: .....  
فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... دارای کد  
ملی ..... فارغ التحصیل رشته دندانپزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... در سال .....  
که در رشته ..... تخصص ..... قبول شده است، با آگاهی از تمامی قوانین و مقررات مربوط به تعهدات دوره  
دستیاری دندانپزشکی، اجازه و رضایت می دهم تا همسرم پس از پایان دوره آموزشی در هر محلی که توسط وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی جهت انجام تعهدات تعیین می گردد، خدمات موضوع تعهد خود را انجام دهند.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامن: