



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
دانشکده پرستاری دورود

فرم تعهدنامه دانشجویی

تاریخ :

شماره :

اینجانب دانشجوی رشته با شماره دانشجویی که درخواست در دانشکده مبدا و مقصد پذیرفته گردیده و قصد انجام اقدامات نهایی این امر را دارم کلیه عواقب این اقدام (که از جانب واحد آموزش دانشکده پرستاری دورود برای اینجانب بطور کامل تشریح گردیده است) من جمله مقررات مالی و شهریه پردازی و عدم همخوانی دروس دانشکده مبدا و مقصد با یکدیگر و افزایش تعداد ترم تحصیلی و سنوات تحصیلی را بر عهده می گیرم.

ریاست دانشکده

معاونت آموزشی دانشکده

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضا و اثر انگشت