



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع

بسمه تعالی

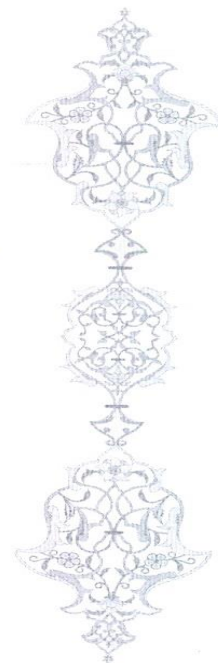
تاریخ: تاریخ  
شماره: شماره  
پیوست: پیوست

## فرم تعهد مبنی بر عدم درخواست انتقال

اینجانب.....از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی /سازمان.....  
متعهد میگردم که پس از اتمام ماموریت در این دانشگاه درخواستی جهت تمدید  
ماموریت و یا انتقال نخواهم داشت.

امضا

تاریخ



تهران، بلوار کشاورز، نیش خیابان قدس، ساختمان ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طبقه پنجم  
تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۱۷۱، شماره: ۰۲۱-۶۶۴۱۸۸۸۵، آدرس الکترونیک: [vcmdrp.tums.ac.ir](mailto:vcmdrp.tums.ac.ir)