INSTANSI (11)

FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA TAHUN AKADEMIK ____/____

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Pekerjaan : _____

NIP/NRP/NIK : _____

Mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis-1 di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik____/_____

Program Studi : _____

_____,_____

_____

(nama & tanda tangan)

PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG

(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara _____kami setujui. Jika permohonan ini diterima, maka yang bersangkutan kami tugaskan untuk belajar mengikuti pendidikan sepenuhnya, serta dibebaskan dari tugas-tugas rutin.

_____,_____

_____

(nama & tanda tangan)

Alamat
Jl. Sutorejo No. 59 Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia 60113

Kontak
Phone : 031 3813096
Fax : 031 3813096
Email : rektorat@um-surabaya.ac.id