

SURAT PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini ORANG TUA/WALI/ISTRI/SUAMI* calon peserta Pendidikan Dokter Spesialis berikut ini :

Nama Lengkap :

NIK :

Alamat Korespondensi :

No. HP :

Dengan ini menyatakan menyetujui, mengizinkan, dan akan memberikan dukungan selama melaksanakan Pendidikan Dokter Spesialis-1 Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang. Identitas calon peserta pendidikan spesialis sebagai berikut dibawah ini :

Nama :

NIK :

Program Studi :

Alamat Korespondensi :

No. HP :

Apabila saya melanggar dan tidak mematuhi surat persetujuan ini, saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

.....

Yang menyatakan,

()

*=Pilih Salah Satu (Coret yang tidak perlu)