



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Ir. Sutami No. 36 A Kentingan Surakarta 57126
Telepon (0271) 664178, Fax. 637400 Website: <http://fk.uns.ac.id>, E-mail : fk@uns.ac.id

Nomor : /H27.1.17.1/DT/2009
Lamp : 1 bendel
Hal : Permohonan Ijin Selang

Yth : Rektor
Universitas Sebelas Maret
Surakarta

Kami ajukan dengan hormat, berkas permohonan ijin selang yang pertama / kedua.

Pada semester _____ bagi mahasiswa :

Nama : _____
NIM : _____
Semester : _____
Fakultas : Kedokteran Universitas Sebelas Maret
Prodi : Pendidikan Dokter
Alamat : _____

Sebagai kelengkapan, kami lampirkan berkas berupa :

1. Surat permohonan dari mahasiswa yang bersangkutan
2. Foto copy kwitansi SPP semester : _____
3. Foto copy selang kedua

Selanjutnya kami mohonkan perkenan Rektor untuk memberikan surat keterangan ijin selang bagi mahasiswa yang bersangkutan.

Atas perkenan Rektor, diucapkan terima kasih.

Surakarta,

a.n. Dekan
Pembantu Dekan I

Prof. Dr. Suradi, dr., Sp.P (K), MARS
NIP. 194705211976091001

Tembusan ;
- Kepala Bagian Pendidikan UNS
- Yang bersangkutan
- Arsip