

Kepada
Yth. Dekan
Fakultas Kedokteran
Unibraw – Malang

Kota, tanggal

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat / Tanggal lahir :
Asal FK. / Lulusan :
Alamat :

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk dapatnya di terima sebagai mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis I Program Studi Ilmu Penyakit Dalam di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk periode Januari/Juli tahun 20..

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan berkas – berkas persyaratan.

Besar harapan saya untuk dapat diterima sebagai mahasiswa PPDS I

Demikian permohonan Saya, atas perhatiannya Saya ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Ttd tanpa materai

Nama