

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Instansi :

No. Telp/HP. :

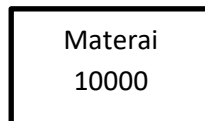
Alamat :

Dengan ini (Kami/Saya)* memberikan rekomendasi kepada sdr. untuk melanjutkan Program Pendidikan Dokter Spesialis (Obstetri dan Ginekologi/Ilmu Bedah/Pulmonologi/Ilmu Kesehatan Anak/Anestesiologi/Ilmu Penyakit Dalam/Orthopaedi dan Traumatologi)* di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat.

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

-----,---/---/-----

Pemberi Rekomendasi



Nama Lengkap

*coret yang tidak perlu