



PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

FORMULIR PENDAFTARAN Isilah formulir. Jawablah selengkap lengkapnya. Setelah ditanda tangani oleh yang berkepentingan, Kembalikanlah ke – 1 rangkap formulir ini beserta semua lampiran (juga rangkap 1) ke : SEKRETARIAT TKP – PPDS FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN UNIV. LAMBUNG MANGKURAT Sekretariat : Jalan Veteran No.128 Banjarmasin 70232 – Kalsel Telp. (0511) 3255604, Fax (0511) 3255604	Pas Foto 4x6 Tanda Tangan
Dikirim oleh instansi asal : ☐ Departemen Pemerintah ☐ BUMN/BHMN ☐ FK Swasta ☐ RS Swasta ☐ Swasta perorangan ☐ Pembiayaan perorangan ☐ Sumber pembiyaan : 1. Sponsor..... 2. Pribadi Dengan surat no. : tanggal..... Nama Pemohon : Permohonan pendidikan spesialis : PS..... (PS : Program studi) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Univ. Lambung Mangkurat Lampiran : ☐ Fotocopy Ijazah Dokter (dilegalisir) ☐ Fotocopy Transkrip Akademik (dilegalisir) ☐ Keterangan telah selesai tugas PTT/Penundaan PTT ☐ Rekomendasi IDI ☐ ☐	
HANYA DIISI OLEH PPDS FKIK ULM Diisi oleh TKP – PPDS FKIK ULM 1. Formulir pendaftaran (1 rangkap) beserta lampirannya diterima pelamar tanggal No. Agenda 2. Diteruskan kepada KPS tanggal Surat No..... 3. Dirapatkan kepada KPS tanggal ☐ Diterima dalam Program Studi ☐ Ditolak dan dikembalikan Instansi Asal tanggal Surat no.	
Diisi oleh KPS 1. Formulir pendaftaran beserta lampirannya diterima dari Tanggal No. Agenda 2. Dirapatkan di PS tanggal 3. ☐ Diterima dalam pendidikan mulai tanggal ☐ Tidak diterima dalam pendidikan dan dikembalikan ke TKP-PPDSB Tanggalsurat no.	

RIWAYAT PRIBADI

RANGKAP KESATU

1. Nama Lengkap :

.....

2. Tempat dan Tanggal Lahir

Laki – laki ☐

.....

Perempuan ☐

3. Agama :

.....

4. Alamat Korespondensi :

.....

.....

.....

Hp.:

Telepon :..... Fax :

Email :

Alamat Rumah:

.....

.....

.....

NIK :

Hp. :

Telepon :

Fax :

Email :

5. Riwayat keluarga :

Ayah

Ibu

Nama

Nama

Agama

Agama

Pekerjaan/Jabatan

Pekerjaan/Jabatan.....

No. HP/Telepon.

No HP. /Telepon

Isteri atau Suami

Nama :

Tempat/tanggal lahir :

Pekerjaan/Jabatan :

Alamat :

Tanggal Perkawinan :

No HP. / No. Telepon :

Anak – anak :

(Nama, tempat dan tanggal lahir, pendidikan)

1. Pendidikan di dalam atau di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	NAMA INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS
1	SD			
2	SLTP			
3	SLTA			
4	Perguruan tinggi			
	a. Sarjana			
	b. Dokter			
	c. S2/SP			
5	Lain-lain			

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan

NO.	NAMA KURSUS/ PELATIHAN	LAMA (BLN/TAHUN)	TANDA LULUS/ SURAT KET./ TAHUN	TEMPAT	KET.
1					
2					
3					
4					
5	Dst.....				

1. (Sebutkan pekerjaan atau jabatan di pemerintah maupun swasta beserta tempat dan tahun bertugas, serta nama dan jabatan atasan langsung secara kronologis).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Jabatan sekarang
(Sebutkan status kepegawaian dan surat keputusan/beslit terakhir)

.....

.....

.....

.....

.....

3. Nama dan Jabatan atasan langsung di instansi pemerintah atau swasta

.....

.....

.....

.....

4. Kegiatan dalam organisasi profesi atau organisasi masyarakat lainnya :
(Sebutkan kedudukan Saudara pada organisasi/ormas tersebut)

.....

.....

.....

.....

5. Penghargaan dari pemerintah atau swasta (lampirkan foto kopinya).

.....

.....

.....

.....

1. Karya ilmiah yang dibuat sendiri atau turut membuatnya.

NO.	NAMA	PERAN	BLN/TAHUN PENYELENGGA- RAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT
1.					
2.					
3.					
4.					
5.	Dst.....				

Publikasi karya ilmiah yang terpenting. Sebutkan judul, nama majalah dan tahun penulisan, jika sudah diterbitkan (jika ada)

1. Program studi yang diinginkan

- 1.1 Program Studi Pulmunologi
- 1.2 Program Studi Obstetri dan Ginekologi
- 1.3 Program Studi Ilmu Bedah
- 1.4 Program Studi Ilmu Kesehatan Anak
- 1.5 Program Studi Anestesiologi
- 1.6 Program Studi Penyakit Dalam
- 1.7 Program Studi Orthopaedi dan Traumatologi
- 1.8 Program Studi Neurologi

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat

2. Apakah Saudara Sudah Pernah Mendaftar PPDS Sebelumnya ?

Ya ☐ Tidak ☐

Apabila Ya Pada Program Studi dan Fakultas manakah yang saudara daftar ?

.....

Pada Tahun Berapakah Saudara mendaftar ?

.....

Sebelum Mendaftar di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat sudah berapakai saudara mendaftar PPDS ?

.....

Sudah berapakai saudara mendaftar PPDS di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat?

.....

Apa saja Program Studi PPDS Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan ULM yang saudara daftar?

.....

3. Waktu mulai pendidikan yang diinginkan

☐ Februari

☐ September

4. Jalur Pendaftaran

☐ Program Reguler

☐ Program Khusus

5. Uraian secara singkat alasan untuk memilih Program Studi

.....

.....

.....

6. Referensi (sebutkan 3 nama yang dapat dihubungi lebih lanjut oleh Pusat Pendidikan untuk tambahan informasi dari saudara)

Nama	Jabatan	No. HP	Catatan
			(dari org. Profesi) (dari jabatan) (bebas)

Saya, Yang bertanda tangan dibawah ini dengan disaksikan oleh Atasan langsung saya, dengan ini menyatakan sbb

- 1. Semua keterangan yang diketik di atas adalah B E N A R.
- 2. Saya tidak keberatan jika Pusat pendidikan menanyakan langsung mengenai ihwal saya kepada mereka yang saya tulis dalam kolom referensi.
- 3. Saya tidak berkeberatan jika Pusat Pendidikan menadakan test – test khusus (TPA, TOEFL, MCU, dll) dalam rangka pendaftaran ini.
- 4. Jika saya diterima dalam program pendidikan dokter spesialis tersebut, maka saya menaati segala ketentuan yang berlaku.
- 5. Setelah selesai pendidikan tersebut, saya bersedia ditempatkan dimana saja di seluruh Indonesia dengan peraturan berlaku.

.....,20.....

Mengetahui / Menyetujui :

Pelamar,

Materai
10000

.....
.....
(nama tanda tangan cap jabatan
Atasan langsung

.....
.....
(nama, tanda tangan di atas materai)

