

SURAT PERSETUJUAN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Golongan :

Adalah Orang Tua / Wali / Suami / Istri dari peserta seleksi Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat atas nama :

Nama :

Program studi pilihan :

Dengan ini menyatakan **SETUJU** Istri/Suami/Anak saya, untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis **(Obstetri dan Ginekologi/Ilmu Bedah/Pulmonologi/Ilmu Kesehatan Anak/Anestesiologi/Ilmu Penyakit Dalam/Orthopaedi dan Traumatologi/Neurologi)*** Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Lambung Mangkurat.

Demikian, pernyataan ini dibuat atas kesadaran sendiri tanpa ada tekanan dari pihak manapun dan akan saya penuhi sesuai dengan yang saya nyatakan.

Mengetahui,

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

ttd

Nama Peserta Seleksi

Materai

10000

ttd

Nama Pembuat Pernyataan