



UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

Penerimaan Mahasiswa Baru

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS

TA. 2024/ 2025

FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS UNIVERSITAS SUMATERA UTARA TAHUN AKADEMIK 2024/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tempat/ tanggal lahir :

Alamat :

Pekerjaan :

NIP/NRP/NIK :

mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Dokter Gigi Spesialis di Fakultas
Kedokteran Gigi Universitas Sumatera Utara tahun akademik ____/____

Program studi :

Materai
Rp.10.000,-

(nama & tanda tangan)