



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI APOTEKER
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Jl. Yos Sudarso No. 461 Gombong, Kebumen 54412 Telp./Fax. (0287) 472433, 473750

Website : www.unimugo.ac.id

Email : apoteker@unimugo.ac.id

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tempat dan tanggal lahir :

Agama :

Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bersedia untuk tidak hamil, tidak cuti, selama saya melaksanakan perkuliahan Pendidikan Profesi Apoteker.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan saya bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh Pimpinan Prodi Pendidikan Profesi Apoteker, apabila dikemudian hari terbukti saya melanggar pernyataan yang sudah saya buat.

....., 2023

Yang Membuat Pernyataan,

Materai
Rp. 10.000

.....