Perihal : Permohonan Izin Keterlambatan Pembayaran Biaya Pendidikan
Semester …. TA….

Kepada Yth : Wakil Dekan Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
NIM :
Fak./Prog Studi :
Alamat :
No Telp/HP :

Mohon diizinkan untuk membayar Biaya Pendidikan Semester ..... Tahun Akademik ....., Terlambat membayar karena.....

Saya sanggup membayar Biaya Pendidikan pada tanggal .....

Demikian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih

Semarang,

Mengetahui
Ketua Program studi

.....
NIP

Hormat saya
Pemohon

.....
NIM