KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS
DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS MULAWARMAN
FAKULTAS FARMASI
Kampus UNMUL Gunung Kelua Jalan Penajam, Kota Samarinda Kode Pos 75119
Telepon dan Faksimile 0541-739491; E-mail: fa_mul@farmasi.unmul.ac.id
Laman: www.ff.unmul.ac.id

FORMULIR PENDAFTARAN
PROGRAM STUDI PROFESI APOTEKER
FAKULTAS FARMASI UNIVERSITAS MULAWARMAN

A. IDENTITAS DIRI

Nama Lengkap : ……
Tempat/Tgl. Lahir : ……
Jenis Kelamin : ……
No. KTP : ……
Alamat : ……
Agama : ……
Nomor HP : ……
Alamat E-mail : ……

B. DATA PENDIDIKAN (LULUSAN)

Pendidika Sarjana (S1)

Lulusan PT/akademi : ……..
Tahun Lulus : ……..
Jenis PT : * PTN/PTS
Status Akreditasi PT : * terakreditasi/tidak terakreditasi
Nilai Akreditasi : A / B / C
Nilai IPK : ……..
Nilai Toefl/IELTS : ……..

Samarinda, 20

(_____)
Nama Terang

* coret yang tidak perlu