

Kepada
Yth. Dekan
Fakultas Kedokteran
Unibraw – Malang

Kota, tanggal

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tempat / Tanggal lahir :

Asal FK. / Lulusan :

Alamat :

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk dapatnya di terima sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk periode **Juli 2026**

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan berkas – berkas persyaratan. Besar harapan saya untuk dapat diterima sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis.

Demikian permohonan Saya, atas perhatiannya Saya ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Ttd tanpa materai

Nama

UNTUK SURAT PERMOHONAN DARI INSTANSI
FORMAT DAN REDAKSIONAL SESUAI DENGAN
INSTANSI TERSEBUT.