



**HIMPUNAN MAHASISWA PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KHAIRUN**

Jl. Yusuf Abdurrahman Kampus Gambesi Kode Pos : 97719 Ternate Selatan
Telp +6285243168817, Fax (0921) 3110903110905
email : hmpdfkunkhair@unkhair.ac.id



SURAT KETERANGAN IZIN ORANG TUA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor telpon :

Selaku orang tua dari:

Nama :
NPM :
Angkatan :

Dengan ini saya **mengizinkan** anak saya untuk mengikuti **Kegiatan Latihan Kepemimpinan Manajemen Mahasiswa (LKMM) HIMAPRO** yang diselenggarakan pada tanggal 3, 10, 24, dan 31 Oktober 2026 oleh Himpunan Mahasiswa Pendidikan Dokter (HMPD) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Khairun Ternate, Demikian surat ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ternate, _____ 2026

Yang Membuat Pernyataan

Materai
10.000

(Orang Tua Mahasiswa/i)