

**FORMULIR PENDAFTARAN UJIAN KHUSUS PENDIDIKAN TAHAP PROFESI DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
SEMESTER GANJIL TAHUN AKADEMIK 2015/2016**

*Syarat mengikuti Ujian Khusus :*

1. Sudah menyelesaikan Kepanitraan Klinik Madya (KKM) di 16 Laboratorium
2. Peserta Ujian Khusus wajib mengikuti orientasi / tatap muka yang diadakan oleh Laboratorium yang terkait sebelum Ujian Khusus dilaksanakan (.....hari)
3. Total Ujian Khusus yang diambil sesuai dengan ketentuan yang berlaku
4. Biaya mengikuti Ujian Khusus sebesar Rp. 125.000,- / Laboratorium

*Setelah membaca persyaratan diatas, saya bersedia mendaftarkan diri sebagai peserta Ujian Khusus :*

**Nama** :  
**NIM** :  
**Tempat, Tanggal Lahir** :  
**Alamat Asal & Telepon** : /  
**Alamat di Malang & Telepon** : /

*Ujian Khusus yang ingin saya ikuti adalah sebagai berikut :*

NO	LABORATORIUM	NILAI			KETERANGAN
		I	II	III	
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Mengetahui  
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter

Malang,  
Peserta Ujian Khusus,

Prof. Dr.dr.Teguh Wahyu Sardjono, DTM&H, MSc, SpParK  
NIP. 195204101980021001

\_\_\_\_\_

NIM.