KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

Formulir Pendaftaran
PENDIDIKAN DOKTER SUB SPESIALIS

Nama : _____

Nomor Peserta : _____

Program Studi : _____

Semester : Gasal/Genap*) tahun ajaran _____
**) coret yang tidak perlu*

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

KELENGKAPAN BERKAS PENDAFTARAN CALON PESERTA PENDIDIKAN DOKTER SUB SPESIALIS UNIVERSITAS AIRLANGGA TAHUN AKADEMIK _____/_____

Nama lengkap dengan gelar : _____

Alamat surat menyurat : _____

_____

NIP/NRP/NIK (jika ada) : _____

Karpeg (jika ada) : _____

Bidang spesialis yang diminati : _____

KELENGKAPAN BERKAS PENCALONAN (diisi oleh petugas)

Berkas-berkas	Sudah	Belum
a. Fotokopi ijasah	☐	☐
b. Fotokopi transkrip	☐	☐
c. Fotokopi karya ilmiah (jika ada)	☐	☐
d. Surat keterangan sehat	☐	☐
e. Surat ijin belajar dari instansi (bagi pelamar yang bekerja)	☐	☐
f. Surat jaminan pembiayaan pendidikan (bagi pelamar yang tugas belajar)	☐	☐
g. Surat kesanggupan membayar IPI	☐	☐
h. Pasfoto 4x6 cm	☐	☐
i. Keterangan telah selesai tugas PTT	☐	☐
j. Keterangan Kelakuan Baik	☐	☐
k. Rekomendasi IDI	☐	☐
l. Surat Tanda Registrasi	☐	☐

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

FORMULIR PERMOHONAN MENGIKUTI

PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SUB SPESIALIS

UNIVERSITAS AIRLANGGA TAHUN AKADEMIK _____/_____

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____

Alamat : _____

Pekerjaan : _____

NIP/NRP/NIK : _____

mengajukan permohonan untuk mengikuti Pendidikan Dokter Sub Spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga tahun akademik _____/_____

Program studi : _____

_____, _____

_____
(nama & tanda tangan)

PERNYATAAN ATASAN YANG BERWENANG
(bagi calon yang sudah bekerja)

Permohonan Saudara _____ kami setujui. Jika permohonan ini diterima, maka yang bersangkutan kami tugaskan untuk belajar mengikuti pendidikan sepenuhnya, serta dibebaskan dari tugas-tugas rutin

_____, _____

_____
(nama & tanda tangan)

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

RIWAYAT HIDUP

Pas photo
4 x 6 cm

I. DATA PRIBADI

1. Nama lengkap dengan gelar : _____
2. Tempat, tanggal lahir : _____
3. Jenis kelamin : _____
4. Agama/Kepercayaan : _____
5. Status perkawinan : _____
6. Alamat korespondensi
   a. Jalan/kode pos : _____
   b. Telpon/fax/hp/e-mail : _____
   c. Kelurahan/desa : _____
   d. Kecamatan : _____
   e. Kabupaten/kota : _____
   f. Provinsi : _____
7. Pekerjaan/jabatan : _____
8. Instansi : _____
9. NIP/NIK (jika ada) : _____
10. Karpeg (jika ada) : _____
11. Pangkat dan golongan ruang : _____
12. Alamat Instansi
    a. Jalan, kota, provinsi : _____
    b. Telepon/fax : _____
    c. E-mail : _____

II. PENDIDIKAN

1. Pendidikan di dalam atau di luar negeri

NO.	JENJANG PENDIDIKAN	INSTITUSI	BIDANG STUDI	TAHUN MASUK DAN TAHUN LULUS
1.	SD			
2.	SLTP			
3.	SLTA			
4.	Perguruan tinggi			
	a. Sarjana			
	b. Dokter			
	c. Magister/Sp			
5.	Lain-lain			

2. Kursus/pelatihan di dalam dan di luar negeri yang relevan (jika ada)

NO.	NAMA KURSUS/ PELATIHAN	LAMA (BLN/TAHUN)	TANDA LULUS/ SURAT KET./ TAHUN	TEMPAT	KETERANGAN
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

III. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Pekerjaan atau Jabatan di pemerintahan atau swasta dan tahun bertugas

2. Jabatan Sekarang

3. Nama jabatan atasan langsung di instansi pemerintah atau swasta

4. Kegiatan dalam organisasi profesi

5. Penghargaan dari pemerintah atau swasta

IV. KEGIATAN ILMIAH

Simposium/seminar/pertemuan ilmiah lain, lampirkan fotokopi sertifikat (jika ada)

NO.	NAMA	PERAN	BLN/TAHUN PENYELENGGARAAN	INSTANSI PENYELENGGARA	TEMPAT
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

V. PENGUASAAN BAHASA ASING*)

BAHASA	MEMBACA			MENULIS			BERBICARA			KETERANGAN
	K	S	B	K	S	B	K	S	B	
Inggris										K = Kurang S = Sedang B = Baik Jika ada sertifikat, harap dilampirkan
Jepang										
Jerman										
Perancis										
Belanda										
Lainnya: _____										

*) Beri tanda (√) pada kolom yang sesuai

VI. PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Publikasi karya ilmiah yang terpenting. Sebutkan judul, nama majalah dan tahun penulisan, jika sudah diterbitkan (jika ada)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

VII. LAIN- LAIN

1. Pernahkah Saudara melamar pada Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis sebelum ini?

   ☐ Pernah, pada tahun _____
   di Universitas _____

   ☐ Belum

2. Rencana pembiayaan pendidikan (beri tanda pada kotak yang sesuai)

   ☐ Instansi asal calon peserta
   ☐ Biaya sendiri
   ☐ Lain-lain : _____

Keterangan ini dibuat dengan Sebenarnya.

_____, _____

Diketahui/Disetujui oleh Pimpinan Perguruan Tinggi/Pimpinan Instansi	Calon Peserta Program Pendidikan Dokter Sub Spesialis
_____ (nama & tanda tangan)	_____ (nama & tanda tangan)

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

FORMULIR REKOMENDASI

1. Nama lengkap Pelamar : _____
2. Program Studi yang akan diikuti : _____
3. Telah mengenal Pelamar selama : _____ tahun
4. Berikan penilaian Saudara tentang kemampuan dan prestasi akademik Pelamar

NO	KEMAMPUAN & MINAT	KURANG	CUKUP	BAIK	SANGAT BAIK
1.	Kemampuannya untuk belajar di Program Pascasarjana				
2.	Prestasi akademik pada studi sebelumnya				
3.	Prediksi tentang prestasi akademik pada studi yang akan diikutinya				
4.	Prediksi tentang penyelesaian studinya akan tepat waktu				

5. Apa kekuatan-kekuatan yang dimiliki Pelamar untuk belajar di program studi yang akan diikutinya dan untuk memberikan seumbangan bagi kemajuan bangsa.

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

6. Pemberi rekomendasi
   a. Nama (dengan gelar) : _____
   b. Jabatan saat ini : _____
   c. Alamat : _____
      _____

_____, _____
Pemberi rekomendasi

_____
(*nama & tanda tangan)*

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

FORMULIR REKOMENDASI

7. Nama lengkap Pelamar : _____
8. Program Studi yang akan diikuti : _____
9. Telah mengenal Pelamar selama : _____ tahun
10. Berikan penilaian Saudara tentang kemampuan dan prestasi akademik Pelamar

NO	KEMAMPUAN & MINAT	KURANG	CUKUP	BAIK	SANGAT BAIK
1.	Kemampuannya untuk belajar di Program Pascasarjana				
2.	Prestasi akademik pada studi sebelumnya				
3.	Prediksi tentang prestasi akademik pada studi yang akan diikutinya				
4.	Prediksi tentang penyelesaian studinya akan tepat waktu				

11. Apa kekuatan-kekuatan yang dimiliki Pelamar untuk belajar di program studi yang akan diikutinya dan untuk memberikan seumbangan bagi kemajuan bangsa.

_____
_____
_____
_____
_____

12. Pemberi rekomendasi
    d. Nama (dengan gelar) : _____
    e. Jabatan saat ini : _____
    f. Alamat : _____
    _____

_____, _____
Pemberi rekomendasi

_____
(*nama & tanda tangan)*