

KOP INSTANSI

SURAT IJIN BELAJAR

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Jabatan :

Instansi: :

Dengan ini memberikan ijin belajar kepada:

Nama :

Alamat :

Jabatan :

Instansi :

Untuk mengikuti Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Sanggup mengikuti pembelajaran Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri
2. Menaati seluruh peraturan yang telah ditentukan oleh Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk memenuhi persyaratan mengikuti Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.

Kota, tanggal

Yang Membuat Pernyataan

Materai Rp 6.000

Ttd dan Stempel

(Nama terang)