

FORM PENUGASAN MENGIKUTI PENDIDIKAN S2

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
NIP :
Jabatan :
Instansi :

Menugaskan kepada :

Nama :
NIP :
Jabatan :
Instansi :

Untuk mengikuti program pendidikan di Program Pascasarjana Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

Untuk menjamin kelancaran aktivitas selama mengikuti program tersebut, yang bersangkutan dibebaskan dari tugas – tugas instansi / lembaga.

Kota, Tgl / bln / thn, _____

Tanda tangan
asli

Nama Lengkap