|  |  |
| --- | --- |
| lambang UB | **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  **UNIVERSITAS BRAWIJAYA**  **FAKULTAS KEDOKTERAN**  **PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**  Jalan Veteran, Malang 65145, Jawa Timur – Indonesia  Telp. (62)(341) 551611; 569117; 567192 Pes. 213, 214 – Fax. (62)(341) 564755  E-mail: [sekr.fk@ub.ac.id](mailto:sekr.fk@ub.ac.id) Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id> |

### **REKOMENDASI KELAYAKAN AKADEMIK CALON MAHASISWA**

### **PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nama Calon Mahasiswa | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| 2. Program | : | Magister Ilmu Biomedik, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya | | | |
| 3. Kekhususan Studi/Minat | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| 4. Pengenalan terhadap Calon Mahasiswa: | | | | | |
|  | -  -  - | Sebagai mahasiswa selama  Sebagai bawahan selama  Sebagai kolega selama | | :  :  : | ………… tahun  ………… tahun  ………… tahun |
| 5. Penilaian akademik terhadap Calon Mahasiswa untuk mengikuti program pendidikan: | | | | | |
| - Hal-hal yang dianggap kuat | : | * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... | | | |
|  |  |  | | | |
| * Hal-hal yang dianggap lemah | : | * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... | | | |
|  |  |  | | | |
| 6. Dalam mengikuti program pendidikan diperkirakan Calon Mahasiswa akan: | | | | | |
|  |  | | Berhasil dengan memuaskan | | |
|  |  | | Cukup cakap untuk mengikuti pendidikan | | |
|  |  | | Memerlukan bimbingan khusus untuk berhasil | | |
| 7. Apabila terdapat persoalan yang berhubungan dengan kemajuan pendidikan Calon Mahasiswa: | | | | | |
|  |  | | Bersedia memberikan pertimbangan | | |
|  |  | | Tidak bersedia memberikan pertimbangan | | |
|  |  | |  | | |
| 8. Identitas Pemberi Rekomendasi | | | | | |
| * Nama | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Alamat | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Telp/Fax/Email | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Instansi | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Jabatan | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ….............……………………… | , |  |  | , |  |  | , |  |  |  |  |
|  | | ……………………………………………………………………  Tanda tangan Pemberi Rekomendasi | | | | | | | | | | | |
| Catatan : - Beri tanda silang (X) untuk pilihan yang sesuai   * Tulis dengan huruf balok menggunakan tinta hitam dan masukkan dalam amplop tertutup | | | | | | | | | | | | | | |
| lambang UB | | **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI**  **UNIVERSITAS BRAWIJAYA**  **FAKULTAS KEDOKTERAN**  **PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**  Jalan Veteran, Malang 65145, Jawa Timur – Indonesia  Telp. (62)(341) 551611; 569117; 567192 Pes. 213, 214 – Fax. (62)(341) 564755  E-mail: [sekr.fk@ub.ac.id](mailto:sekr.fk@ub.ac.id) Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id> | | | | | | | | | | | | | | |

### **REKOMENDASI KELAYAKAN AKADEMIK CALON MAHASISWA**

### **PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nama Calon Mahasiswa | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| 2. Program | : | Magister Ilmu Biomedik, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya | | | |
| 3. Kekhususan Studi/Minat | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| 4. Pengenalan terhadap Calon Mahasiswa: | | | | | |
|  | -  -  - | Sebagai mahasiswa selama  Sebagai bawahan selama  Sebagai kolega selama | | :  :  : | ………… tahun  ………… tahun  ………… tahun |
| 5. Penilaian akademik terhadap Calon Mahasiswa untuk mengikuti program pendidikan: | | | | | |
| - Hal-hal yang dianggap kuat | : | * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... | | | |
|  |  |  | | | |
| * Hal-hal yang dianggap lemah | : | * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... * ..............................................……………………………………………………………………... | | | |
|  |  |  | | | |
| 6. Dalam mengikuti program pendidikan diperkirakan Calon Mahasiswa akan: | | | | | |
|  |  | | Berhasil dengan memuaskan | | |
|  |  | | Cukup cakap untuk mengikuti pendidikan | | |
|  |  | | Memerlukan bimbingan khusus untuk berhasil | | |
| 7. Apabila terdapat persoalan yang berhubungan dengan kemajuan pendidikan Calon Mahasiswa: | | | | | |
|  |  | | Bersedia memberikan pertimbangan | | |
|  |  | | Tidak bersedia memberikan pertimbangan | | |
|  |  | |  | | |
| 8. Identitas Pemberi Rekomendasi | | | | | |
| * Nama | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Alamat | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Telp/Fax/Email | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Instansi | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |
| * Jabatan | : | …………………………………………………………………….………………………………………………… | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ….............……………………… | , |  |  | , |  |  | , |  |  |  |  |
|  | ……………………………………………………………………  Tanda tangan Pemberi Rekomendasi | | | | | | | | | | | |
| Catatan : - Beri tanda silang (X) untuk pilihan yang sesuai   * Tulis dengan huruf balok menggunakan tinta hitam dan masukkan dalam amplop tertutup | | | | | | | | | | | | | |