

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(Dikirim Oleh Camaba)

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : _____

Program Studi : _____

Memberikan persetujuan kepada Psikolog Klinis :

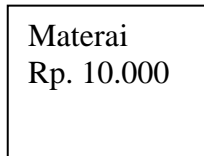
Nama Psikolog
Klinis : _____

Nama Rumah
Sakit/Tempat : _____

Praktek/Klinik _____

Untuk menyampaikan langsung hasil pemeriksaan Psikologi – Psikiatri untuk Pemeriksaan Kesehatan Calon Mahasiswa Baru Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran Gigi, dan Fakultas Kedokteran Hewan Universitas Brawijaya, Tahun akademik 2021/2022.
Demikian pernyataan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

_____ , _____



(_____)