



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 Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id>

**DAFTAR PERSYARATAN PENDAFTARAN MAHASISWA BARU
PROGRAM MAGISTER (S2) ILMU BIOMEDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
TAHUN AKADEMIK 2023/2024**

Nama Lengkap :
Program Studi/Minat :
Alamat Asal :
Telp./HP/e-mail :

NO.	SYARAT – SYARAT	JUMLAH	CHECK	KETERANGAN
1.	Bukti Pembayaran Biaya Pendaftaran	1 rangkap		
2.	Daftar Persyaratan Pendaftaran Mahasiswa Baru	1 rangkap		
3.	Formulir Pendaftaran Mahasiswa Baru	1 rangkap		
4.	Pas foto terbaru berwarna ukuran 4 x 6 cm (ditempel pada Formulir Pendaftaran Mahasiswa Baru)	1 rangkap		
5.	Salinan ijazah sarjana (S1) yang telah disahkan	1 rangkap		
6.	Salinan transkrip/daftar nilai dari program studi yang telah disahkan	1 rangkap		
7.	Salinan akreditasi Universitas	1 rangkap		
8.	Fotokopi sertifikat TPA OTO-Bappenas yang masih valid	1 rangkap		
9.	Fotokopi sertifikat TOEFL (atau yang setara) yang masih valid	1 rangkap		
10.	Daftar riwayat hidup	1 rangkap		
11.	Karya ilmiah setelah lulus kesarjanaan (artikel ilmiah, HKI, dsb.)	1 rangkap		
12.	Rencana penelitian tesis	1 rangkap		
13.	Surat rekomendasi dari dua orang yang dianggap mampu memberikan penilaian mengenai kelayakan akademik pendaftar	1 rangkap		
14.	Surat keterangan kesehatan dari dokter pemerintah	1 rangkap		
15.	Surat tugas/ijin dari atasan (jika pelamar telah bekerja) bahwa yang bersangkutan dibebaskan dari tugas-tugas instansi	1 rangkap		
16.	Surat keterangan tentang sumber dana dan/atau penanggung jawab dana studi	1 rangkap		
17.	Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku. Untuk mahasiswa dari luar negeri, Kartu Identitas Sementara (KITAS) dari imigrasi Propinsi Jawa Timur.	1 rangkap		

Catatan:

- Seluruh dokumen pendaftaran dibuat 1 rangkap.
- Seluruh dokumen harus diurutkan sesuai nomor urut dan dipisahkan untuk setiap rangkap.

Kota, tanggal bulan tahun
Calon Mahasiswa,

.....
Nama terang dan tanda tangan



Foto terbaru
berwarna
ukuran 4 x 6 cm

**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM PASCASARJANA**

PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK

**FORMULIR PENDAFTARAN
MAHASISWA BARU
TAHUN AKADEMIK 2023/2024**

Nama Calon Mahasiswa

.....

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
Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id>

JIKA DIBUTUHKAN, FORMULIR INI DAPAT DIPERBANYAK



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 Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id>

**FORMULIR PENDAFTARAN MAHASISWA BARU
PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**

1. Nama Lengkap dan Gelar :
2. Tempat dan Tanggal Lahir :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Golongan Darah : A B AB O
5. Alamat Rumah :
6. Telp/HP/Fax :/...../.....
e-mail :
7. Instansi :
8. NIP :
9. Pangkat/Golongan :
10. Alamat Instansi :
11. Telp/Fax/e-mail Instansi :/...../.....
12. Pengalaman Pendidikan :

	Perguruan Tinggi	Fakultas	Jurusan/Minat	Tanggal Ijazah	IPK	SKS
S1	:,
S2	:,

13. Minat Pilihan : Anatomi Histologi
 Farmakologi dan Toksikologi Molekuler
 Fisiologi Molekuler
 Immunologi
 Mikrobiologi dan Parasitologi

14. Pemberi Rekomendasi Kelayakan Akademik :

	Nama dan gelar lengkap	Instansi	Jabatan	Alamat Instansi
a.
b.
c.

15. Sumber Biaya : Sendiri/wali Instansi BPP-DN
 Lain-lain, sebutkan

....., , .

.....
Tanda tangan dan nama terang

Catatan : - Beri tanda silang (X) pada pilihan yang sesuai
- Tulis dengan huruf balok dan sebaiknya menggunakan tinta hitam